

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 78

Traitement du Psoriasis - Remarques
sur l'action de la vitamine B12

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 7 juillet 1955

par

FRANCIS FOURQUET

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
né le 23 novembre 1929 à Montpellier (Hérault)
pour obtenir le grade

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. RIMBAUD, Professeur,	Président
		MM. CADERAS DE KERLEAU, Professeur	{ Assesseur
		BERT, Professeur	
		BALMÈS, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE L'ABEILLE
1955

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE **N° 78**

**Traitement du Psoriasis - Remarques
sur l'action de la vitamine B 12**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 7 juillet 1955

par

FRANCIS FOURQUET

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
né le 23 novembre 1929 à Montpellier (Hérault)
pour obtenir le grade

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. RIMBAUD, Professeur,	Président
		MM. CADERAS DE KERLEAU, Professeur	Assesseurs
		BERT, Professeur	
		BALMÈS, agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE L'ABEILLE

1955

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraires

MM. GALAVIELLE, VILLARD, GRINFELT, L. RIMBAUD, BOUDET,
EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT.

Chaires :

Professeurs

Anatomie
Histologie
Physiologie
Physiologie appliquée
Chimie biologique médicale et toxicologie
Physique médicale
Anatomie pathologique et médecine expérimentale
Microbiologie
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique
Pathologie et thérapeutique générales
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Technique opératoire et chirurgie expérimentale
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales
Pathologie et clinique propédeutique médicales
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1^{er} âge
Clinique de dermato-syphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique urologique
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale
Clinique de la tuberculose
Electro-radiologie

MM. LAUX.
TURCHINI, *asses.*
HEDON.
LOUBATIÈRES.
CRISTOL.
PECH.
BAUMEL.
CARRERE.
HARANT.
PAGES.
JANBON.
BERT.
CARRIEU.
FOURCADE.
LAPEYRIE.
MOURGUE-MOLINES.
PUECH.
GIRAUD, *doyen*.
BOULET.
LAPEYRE.
AIMES.
CADERAS de KERLEAU
LAFON.
CHAPTAL.
P. RIMBAUD.
ETIENNE.
TRUC.
ROUX.
DEJEAN.
TERRACOL.
VIDAL.
LAMARQUE.

Professorat à titre personnel

Histologie

GRANEL.

Professeurs sans chaire

Pathologie médicale
Chimie et physico-chimie biologiques
Hématologie médicale et anatomie pathologique

BOUCOMONT.
BÈNEZECH.
CAZAL.

Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice

MM.
Anatomie GUERRIER
m. de c. agr.
Microbiologie RENOUX,
m. de c. agr.
Pathol. expérim. PASSOUANT.
m. de c. agr.
Médecine SERRE,
BALMES.
BERTRAND.
LATOUR.
N...

MM.
Chirurgie JOYEUX.
— NEGRE.
— ROMIEU.
Electro-radiologie. BETOULIERES
Neuro-chirurgie ... GROS.
Obstétrique DURAND.
Ophtamologie VIALLEFONT.
Odonto-stomat... N.



Chargé de cours à titre permanent

Popédeutique médicale.....

COLL DE CARRERA.
agrégé libre

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

**Traitement du Psoriasis - Remarques
sur l'action de la vitamine B12**

A MON PERE, A MA MERE

*Bien faible témoignage de ma reconnaissance
infinie et de ma profonde affection. Leur
joie est, aujourd'hui, ma plus grande
récompense.*

A MA FEMME

*qui a toujours su m'encourager dans mon
travail.*

A MON FILS

Avec toute mon affection.

F. F.

A TOUTE MA FAMILLE

En affectueux hommage

A TOUS MES AMIS

F. F.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

Professeur de Clinique de Dermato-syphiligraphie

*Il nous a fait le grand honneur de nous
confier ce travail et d'accepter la prési-
dence de cette thèse. Nous le prions
d'agréer l'hommage de nos sentiments
profondément reconnaissants et respec-
tueux.*

F. F.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADERAS DE KERLEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Montpellier

Hommages respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERT

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie

Hommages respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ BALMES

Hommages respectueux.

F. F.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAVOIRE

Médecin des Hôpitaux

A TOUS NOS MAITRES

**Des Hôpitaux Civils et Militaires des Facultés
de Lyon et de Montpellier**

A NOS SUPERIEURS HIERARCHIQUES

**De l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon et de l'Ecole
Militaire d'Administration de Montpellier**

A TOUS MES CAMARADES

de l'Ecole du Service de Santé Militaire

F. F.

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

Remarques sur l'action de la vitamine B 12

INTRODUCTION

L'étude que nous allons entreprendre concerne un nouveau traitement du psoriasis. Or en ce domaine il n'est que de parcourir la littérature médicale pour découvrir l'incertitude qui plane encore sur les causes véritables du psoriasis, ce qui explique suffisamment la multiplicité des thérapeutiques qui ont été proposées contre cette dermatose. Il ne saurait être question pour le thérapeute d'adopter un traitement standard, mais au contraire d'adapter la thérapeutique à chaque cas particulier, en se basant parfois sur des données étiopathogéniques et toujours sur l'aspect clinique de la dermatose. Au cours de ce travail nous nous proposons d'adopter le plan ci-après :

CHAPITRE I : Le Psoriasis.

I - Etiopathogenie.

II - Clinique.

III - Anatomie-pathologique.

IV - Diagnostic.

CHAPITRE II : Le traitement du psoriasis.

I - Traitement local.

1 - Décapage.

2 - Réducteurs.

3 - Traitements physiques.

II - Traitement interne.

1 - Les thérapeutiques classiques.

2 - Les thérapeutiques modernes.

CHAPITRE III : De l'emploi de la Vitamine B12 à 1.000 γ dans le traitement du psoriasis.

1 - La vitamine B12 : généralités.

2 - La vitamine B12 en Dermatologie.

3 - La vitamine B12 dans le psoriasis : observations recueillies dans la Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de Montpellier (Service de notre Maître M. le Professeur P. RIMBAUD).

4 - Nos conclusions.

CHAPITRE I

LE PSORIASIS

I. — ETIO-PATHOGENIE.

Le psoriasis demeure une dermatose dont le problème étiopathogénique est des plus débattus. Il n'est que de consulter la littérature médicale pour constater les multiples hypothèses qui ont été émises à son sujet. Nullement contagieux, parfois héréditaire ou familial, nettement plus fréquent dans certaines races (israélites), le psoriasis est encore très mal connu du point de vue étiologique.

La théorie parasitaire n'a pas fait sa preuve et les éléments qu'elle fournit en sa faveur, en particulier l'apparition des éléments cutanés au niveau des traumatismes locaux, des pustules vaccinales, tout aussi explicables par une action d'appel tenant à la déficience tégumentaire locale, ne peuvent faire oublier les recherches constamment négatives soit dans la peau, soit dans le sang d'un agent pathogène spécifique.

On a voulu aussi faire intervenir dans le psoriasis certaines INFECTIONS CHRONIQUES. On a observé des cas où le psoriasis était associé à une syphilis héréditaire, à une tuberculose.

Tout en faisant aux troubles digestifs, au manque d'hygiène dentaire notamment et à l'alimentation par trop carencée, la part qui leur revient dans la production des poussées, on n'oserait à l'heure actuelle faire du psoriasis une DERMATOSE DIATHESIQUE, due uniquement à une intoxication.

Aussi imprécise est la conception de SAMBERGER d'une DIATHESE PARAKERATOSIQUE, qui consisterait en une déficience biologique congénitale, généralement héréditaire modifiant la réaction des cellules épidermiques aux incitations

d'agents extérieurs (germes pathogènes). Récemment les auteurs allemands ont insisté sur l'**HYPERCHOLESTEROLEMIE** fréquente dans le psoriasis et sur l'heureuse influence du régime hypograisseux. De même M. le Professeur MARGAROT à la clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de la Faculté de Médecine de Montpellier, a constaté une diminution très importante des cas de psoriasis durant la dernière guerre et l'occupation où régnait une régime alimentaire particulièrement pauvre en matières grasses.

Aussi intéressants sont les troubles protido-glycémiques qui ont servi de base à des théories pathogéniques nouvelles : insuffisance fonctionnelle des protides avec hypersérinémie au moment des poussées ; hypoglycémie avec, au début des éruptions augmentation brusque de la glycémie non influencée par l'insuline.

La théorie **ENDOCRINIENNE** s'appuie sur des constatations cliniques et thérapeutiques : apparition fréquente du psoriasis à la puberté, sa guérison, mais aussi son éclosion possible à la ménopause, sa disparition au cours de la grossesse, l'efficacité parfois très nette des extraits ovariens, testiculaires, thyroïdiens ou même thymiques dans son traitement.

La conception d'une **maladie de sensibilisation** expliquerait certains faits, mais elle n'éclaire pas l'étiologie véritable du psoriasis, puisqu'elle n'a pas déterminé la nature de l'antigène ou des antigènes allergisants. Les réponses aux intra-dermo réactions ont été diverses. D'autre part il faudrait préciser la cause et le mécanisme de cette sensibilisation.

Certains travaux récents orientent vers une **MALADIE D'ADAPTATION** par labilité du système corticostimuline hypophysaire. L'éruption du psoriasis serait une réaction de défense cutanée à un trouble neuro-endocrinien primitif caractérisé essentiellement par une inhibition fonctionnelle de la cortico-surrénale, se traduisant par une baisse des II oxy-stéroïdes. En définitive, selon CHARPY, le schéma endocrinien de base du psoriasis est constitué essentiellement d'un trouble hypophyso-surrénal avec inhibition de la fonction protido glucidique. Donc chez tout individu atteint de psoriasis il existerait une labilité acquise ou transmise héréditairement de ce système endocrinien simple **SN** ———> **A.C.T.H.** ———> **II oxycorticostéroïdes**. Les théories étiologiques qu'a suscité

le psoriasis ne sont que de pures hypothèses qui par leur multiplicité prouvent qu'au fond aucune n'est absolument exacte.

La THEORIE NERVEUSE du psoriasis, le rôle des troubles PSYCHIQUES et des CHOCS EMOTIFS dans sa production, l'EQUILIBRE NEURO VEGETATIF si particulier des malades qui en sont atteints, semblent pourtant à l'heure actuelle avoir une place de choix parmi les hypothèses émises. Il y a fort longtemps que l'importance des chocs émotifs a été admise par de nombreux dermatologistes. Déjà BODIN en 1904 signalait un cas de « psoriasis à la suite d'un choc nerveux ». On a cité par exemple l'apparition du psoriasis au cours d'une charge de cavalerie. En outre de la même manière qu'un choc émotif peut provoquer l'apparition d'un psoriasis, il peut avoir pour conséquence chez un sujet déjà atteint, la disparition de sa maladie.

BOLGERT insiste sur l'existence d'un terrain névropathique, et nous relevons dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie, ses premières recherches qui portent sur 33 cas de psoriasis pris au hasard. Il mit en évidence chez 20 malades soigneusement étudiés par des interrogatoires patients et répétés des conflits émotionnels (frustrations ou agressions répétées au sens psychiatrique de ces termes) à l'origine des poussées de l'affection. Celles-ci guérissent spontanément lorsque le conflit est supprimé. Dans les autres cas où l'enquête s'avérait négative il s'agissait de sujets insuffisamment examinés ou particulièrement réticents à l'interrogatoire.

Enfin plus récemment BOLGERT publie dans la semaine des Hôpitaux une « étude clinique et psychosomatique de 200 cas de psoriasis » dans laquelle il relève une proportion de 69,50% de sujets présentant un terrain mental spécial (50% sont psychasthéniques, et 16 % sont anxieux purs).

BOLGERT et ses collaborateurs insistent sur la nécessité d'interrogatoires patients, minutieux et répétés, portant sur tous les modes d'activité des malades pour rechercher une corrélation entre les événements d'ordre affectif déterminant peut-être soit une frustration brusque d'ordre sentimental, sexuel, matériel ou intellectuel, soit des agressions répétées. Le délai d'apparition ne peut guère être apprécié que lorsqu'il s'agit de frustration brusque. Il est toujours très court dans ce

cas, de l'ordre de 2 jours, nous dit BOLGERT. BOLGERT émet l'hypothèse de l'intervention d'une substance d'origine nerveuse, peut-être diencéphalique résultant d'une véritable sécrétion neuricrine. Seuls les sujets aptes à produire la dite substance, réagiraient aux conflits émotifs par l'apparition d'un psoriasis. BOLGERT attire l'attention sur l'intérêt d'une thérapeutique neuropsychiatrique dans le psoriasis, et à son avis, le Psoriasis serait une véritable dermatose PSYCHO-SOMATIQUE.

Quels sont les facteurs qui doivent être retenus ? Il semble que ce ne soient pas les grands chocs émotifs, mais plutôt les émotions dépressives, persistantes et répétées (les chagrins intimes, les contrariétés, les obsessions) qui pourraient jouer un rôle dans le déclenchement du psoriasis. Jusqu'à des études électroencephalographiques qui ont été pratiquées dans plusieurs cas de psoriasis, certains auteurs ont noté des tracés caractérisés par des rythmes rapides : rythmes thalamiques ; d'autres auteurs (Mme SUSBIELLE) ont noté des altérations de l'électroencephalogramme dans une proportion de 75% des cas, altérations consistant en des rythmes rapides réalisant des tracés « désynchronisés » et des rythmes en « arceaux ».

Cette théorie psycho somatique du psoriasis expliquerait selon BOLGERT, son évolution si déroutante et si capricieuse.

Personne ne saurait nier le rôle possible d'un choc physique ou moral dans le déclenchement de certains syndromes, mais les enquêtes telles que les fait BOLGERT ne donnent que des réponses subjectives, pour ne pas dire quelquefois suggérées par l'insistance de l'enquêteur.

Même en dehors de cela il est des choses que n'explique pas l'hypothèse psycho-somatique : l'exaspération éruptive par un médicament mal toléré, qui suscite une érythrodermie, les psoriasis apparus dès la première enfance et les complications articulaires du psoriasis.

En définitive, malgré la multiplicité des hypothèses soulevées par le Psoriasis, le doute plane encore sur l'étiopathogénie de cette dermatose.

II. — CLINIQUE.

Le psoriasis est une dermatose très commune, dévolutio chronique, caractérisée par des lésions érythémato-squameuses ; ce sont des taches rouges, recouvertes d'une squame blanche caractéristique. Le terme de psoriasis est dû à WILLAN, qui a individualisé la maladie. Peu de dermatoses ont des caractères aussi tranchés, aussi facilement reconnaissables. Les téguments sont parsemés d'éléments en relief, de forme généralement arrondie, de couleur blanche, souvent brillante et d'aspect nacré. La squame psoriasique est sèche et friable, l'ongle la raye comme une feuille de mica. Elle ressemble à une goutte de bougie solidifiée sur la peau. Le grattage méthodique bien étudié par BROCOQ, et dont SIMON a précisé la technique dans sa thèse, donne des résultats caractéristiques : trois signes capitaux pour affirmer le diagnostic de psoriasis.

1) Le signe de la tache de bougie, résultant de ce que sous l'action de la curette, la squame se résout en une fine poussière, micacée, blanche.

2) L'existence d'une pellicule décollable recouvrant la tache érythémateuse, bien différente des squames susjacentes par sa consistance et par sa cohésion. Cette pellicule s'enlève d'un bloc ou se déchire par lambeaux.

3) Le signe de la rosée sanglante connu sous le nom de Signe d'AUSPITZ.

La surface mise à nu par l'enlèvement de la pellicule décollable est lisse, luisante et humide ; et presque immédiatement apparaît un piqueté hémorragique, fait de fines gouttelettes de sang isolées : cet aspect serait particulier au psoriasis.

L'éruption ne s'accompagne d'aucun phénomènes généraux, le psoriasis n'est prurigineux que chez les alcooliques et chez certains nerveux. Généralement les éléments d'une même éruption ont des dimensions assez uniformes ; d'où les termes de psoriasis punctata, guttata, nummularis, en disques, en nappes etc... qui n'ont qu'une valeur descriptive.

Le psoriasis typique affecte une tendance à la symétrie et une prédilection pour les « sommets » qui sont les points du tégument les plus exposés aux pressions et aux traumatismes, c'est surtout aux coudes et aux genoux, sur le cuir chevelu et

au sacrum (plaque sacrée) que se forment les taches les plus grandes, les plus typiques et les plus rebelles. Les autres régions des téguments peuvent être affectées à l'exception des muqueuses. Dans la grande majorité des cas, le psoriasis garde toujours chez un même individu, sa même physionomie particulière et il la conserve avec peu ou point de modifications pendant tout le temps qu'il évolue.

Le psoriasis peut cependant se présenter au médecin sous de multiples formes, que nous classerons en formes régionales, en formes à éruption anormale et enfin en Psoriasis provoqués par des causes locales.

Parmi les formes régionales, il en est certaines qui méritent une description spéciale, en raison de leur fréquence et de leur aspect particulier.

PSORIASIS PALMO-PLANTAIRE.

Le plus souvent il est bilatéral et symétrique, formant des placards rouges et exfoliants, arrondis ou polycycliques, débordant habituellement sur les poignets.

Dans quelques cas, le psoriasis est représenté par des élevures dures et cornées, isolées les unes des autres, ce sont les clous ou cors psoriasiques dont le centre est déprimé en cupule. Du fait de son importance la production cornée peut quelquefois réaliser une keratodermie hypertrophique.

PSORIASIS UNGUEAL.

Très important à connaître pour le diagnostic, car il signe parfois une éruption cutanée de caractère douloureux. Ses aspects sont variés, tantôt des érosions ponctuées, tantôt des stries transversales, irrégulières, enfin des cannelures longitudinales.

PSORIASIS DU CUIR CHEVELU.

Le plus souvent associé à un psoriasis généralisé, il conserve son caractère habituel de lésion érythémateuse, recouverte de squames blanchâtres ayant la particularité d'être très grasses. Les cheveux ne sont jamais atteints. Il entre souvent dans le cadre du psoriasis susséborrheïque.

PSORIASIS DE LA REGION GENITALE.

Il est représenté par de petites taches rouges, recouvertes de squames peu adhérentes, siégeant sur les bourses, le fourreau de la verge, la vulve.

PSORIASIS DE LA FACE.

Il est assez rare, isolé, mais par contre souvent associé à un psoriasis généralisé.

PSORIASIS DES MUQUEUSES.

Son existence est encore très discutée et son identification est très difficile.

PSORIASIS INTERVERTI.

La dermatose se localise dans les plis de flexion des grandes articulations. Représentée par des placards d'un rouge vif, limités aux plis de l'aîne, du coude, de l'aisselle, du pli interfessier. Ces formes rangées par UNNA dans les eczémas séborrhéiques, semblent plutôt appartenir aux Psoriasis susséborrhéiques.

Il est des formes à éruption anormale que nous ne saurions passer sous silence.

PSORIASIS NIGRA. — dans lequel les squames au lieu d'être blanches sont noires.

PSORIASIS OSTRAGEA. — Dans lequel les squames sont stratifiées, écailleuses. On décrivait autrefois cette forme sous le nom de Lèpre vulgaire.

PSORIASIS SUSSEBORRHEIQUE.

Expliqué selon BROcq, par le fait que tout individu atteint de séborrhée présente en certains points de son tégument des « Loci minoris resistentiæ ».

Ce sont souvent des psoriasis inversés, avec presque toujours atteinte du cuir chevelu. Sont toujours intéressés : les sillons naso-géniens, la face antérieure de la poitrine, les

aisselles, les plis inguinaux, la région génitale et l'ombilic. Ce sont des psoriasis caractérisés, par des taches d'un rose jaunâtre très pâle, avec des squames peu abondantes qu'agglutinent des croutelles liées à une exosérose très intense. Le prurit est fréquent. Ces formes ont été observées en particulier par M. le Professeur MARGAROT et par notre Maître M. le Professeur P. RIMBAUD pendant la période 1941-42 durant laquelle la population Languedocienne se trouvait particulièrement privée de protides animales et de corps gras. Durant cette disette le nombre de psoriasis vus en consultation ou hospitalisés dans le service de Dermatologie diminue considérablement. Les rares cas observés sont représentés surtout par des psoriasis susséborrheïques ; ce qui semble donc indiquer, que, sont surtout capables de présenter cette dermatose les malades dont certains tissus permettent une accumulation bien faible de lipides. C'est seulement sur les surfaces où siège l'hypersécrétion grasse que les taches trouveront un terrain propice à leur développement.

Il nous faut enfin citer les psoriasis provoqués par des causes locales. Tout d'abord :

LE PSORIASIS TRAUMATIQUE illustré par le phénomène de KOBNER : un traumatisme local, tel qu'une simple égratignure chez un psoriasique en poussée aiguë, s'écouvre de lésions psoriasiques. Ce phénomène est toujours observé quel que soit la lésion cutanée : ventouse, scarification, tatouage, irritation par la teinture d'iode, bretelles psoriasiques de HALLOPEAU vues sur un porteur aux halles, Iodides (MM. les Professeurs MARGAROT et P. RIMBAUD).

Enfin le PSORIASIS LOCALISE PAR DES LESIONS NERVEUSES après des attaques de sciatique, sur le trajet d'une éruption zonateuse.

Dans la grande majorité des cas, le psoriasis garde toujours chez un même individu, sa même physionomie particulière et il la conserve avec peu ou point de modifications pendant tout le temps qu'il évolue.

Il peut cependant être sujet à des complications soit locales, soit générales.

Nous envisagerons tout d'abord les complications locales.

PSORIASIS ECZEMATISE dans lequel l'eczématisation

est, soit le fait de médications locales mal tolérées, soit de l'évolution même du psoriasis sur certains terrains. Il se présente soit comme un eczéma suintant, soit comme un eczéma craquelé, masquant les lésions psoriasiques sous-jacentes.

PSORIASIS PUSTULEUX caractérisé par la suppuration, l'exsudation des placards psoriasiques.

ERYTHRODERMIE PSORIASIQUE. Le tégument est le siège d'un érythème généralisé avec desquamation interminable, avec de rares réserves de peau sèche. Cette érythrodermie le plus souvent sèche, peut cependant devenir suintante. Monsieur le Professeur MARGAROT considère deux éventualités distinctes dans la genèse de l'érythrodermie psoriasique : ou bien il s'agit d'un vrai psoriasis universalis succédant à un psoriasis localisé. Cette forme étant caractérisée par des squames minces, couvrant littéralement le drap de lit et par sa résistance à la thérapeutique.

Ou bien alors il s'agit d'un psoriasis qui jusque là banal a été irrité par exemple par la chrysarobine. Dans ce cas l'éruption débute en peau saine entre les éléments primitifs, lesquels d'ailleurs peuvent guérir réalisant alors ce que M. le Professeur MARGAROT appelle « le véritable négatif de l'éruption première ».

On ne peut cependant pas toujours établir une distinction très nette entre ces deux types, qui peuvent d'ailleurs se succéder chez un même sujet.

Enfin, une prolifération épidermique ou une infiltration dermique a pu réaliser des **FORMES RUPIOIDES, VERRUQUEUSES, VEGETANTES, PAPULO LICHENOIDES**. Ces faits exceptionnels semblent devoir être rattachés à une influence médicamenteuse ou à un terrain spécial.

Dans le psoriasis les complications générales sont exceptionnelles en dehors des arthropathies.

PSORIASIS ARTHROPATHIQUE : c'est une complication importante à connaître, parce qu'elle est assurément la plus grave. Elle fut très bien étudiée par BOURDILLON.

La fréquence des manifestations articulaires dans le psoriasis est évaluée selon CIVATTE à 5 pour 100 des cas. Souvent il ne s'agit que d'arthralgies, de myalgies ressemblant

à du « rhumatisme vague » subaigu ; c'est alors le psoriasis douloureux, d'autres fois surviennent, soit dès la première éruption, soit au bout de quelques années, des arthropathies progressives, nouures osseuses ou fibreuses, atteignant les articulations de plusieurs doigts, une ou plusieurs grosses jointures, parfois des membres en entier et la colonne vertébrale et conduisant à des déformations avec ankyloses et rétractions, qui constituent des infirmités douloureuses des plus pitoyables. Ce qui différencie ces arthropathies de celles de la Polyarthrite chronique évolutive, avec laquelle elles ont du reste de grandes analogies, c'est en dehors de la coïncidence avec l'éruption, leur prédilection pour le sexe masculin, pour les hommes plutôt jeunes ou adultes que séniles, leur progression et leur allure plus brusques, la présence fréquente d'hydarthrose et la prédominance du gonflement sur les déviations.

Le psoriasis arthropathique trop fréquent pour pouvoir être expliqué par de simples coïncidences constituerait pour certains auteurs un argument en faveur de la nature nerveuse, pour d'autres en faveur de la nature tuberculeuse du psoriasis ou de certains psoriasis.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions histologiques d'un psoriasis sont celles d'une parakératose accentuée. La couche cornée est formée de squames très nombreuses et peu adhérentes ; ces squames sont constituées de lits de cellules cornées desséchées et qui ont conservé leur noyau. Il n'y a plus de couche granuleuse visible.

La couche de Malpighi, réduite à quelques assises aplaties au-dessus des papilles dermiques, s'enfonce entre celles-ci, par des bourgeons très développés. (hyperacanthose).

Les papilles dermiques sont très allongées, de forme cylindrique ou conique, en doigts de gant (papillomatose) avec des vaisseaux très dilatés et avec un infiltrat lymphocytaire péri-vasculaire assez discret.

Ces altérations expliquent les symptômes cliniques. La rougeur tient à la congestion et à l'absence de kératohyaline. La desquamation et la tache de bougie, dépendent du clivage et de la friabilité des strates de cellules cornées nucléées (imparfaitement kératinisées), l'épiderme lisse qu'on découvre en soulevant la squame est constitué par les couches malpighiennes

aplaties, sous jacentes à la squame. Le phénomène de la rosée sanglante est provoqué par la mise à nu de l'extrémité des papilles, lorsqu'on arrache cette dernière couche malpighienne ; le vaisseau central de chaque papille est alors lésé et saigne.

L'histologie du psoriasis se résume en un mot : c'est une parakératose sèche, massive, qui n'est seulement qu'une lésion secondaire, la lésion fondamentale étant le micro abcès de MUNRO-SABOURAUD formé par six ou huit polynucléaires, groupés en petits amas, sans liquide et sans germe, s'opposant ainsi aux amas leucocytaires surtout mononucléés et habituellement microbien des eczématides.

IV. — DIAGNOSTIC.

Rien de plus facile à diagnostiquer qu'un psoriasis typique. Rien de plus difficile à reconnaître que les psoriasis enflammés, séborrhéiques atypiques.

La condition essentielle pour porter avec certitude le diagnostic de psoriasis, consiste en la découverte d'éléments typiques qui, par le grattage à la curette de BROCCQ révéleront les trois signes caractéristiques ; le signe de la tache de bougie, le signe de la pellicule décollable et enfin le signe d'AUSPITZ.

Devant une éruption psoriasiforme il faudra toujours essayer d'éliminer.

LES SYPHILIDES PSORIASIFORMES caractérisées par leur induration, nettement perceptible à la palpation, la lésion étant représentée par une papule. Le grattage méthodique ne donne aucun signe de psoriasis. En outre l'éruption est polymorphe, souvent l'on trouve des plaques muqueuses associées et enfin le B.W est toujours positif.

LES PARAPSORIASIS dont le diagnostic différentiel n'est pas toujours très aisé, surtout lorsque on est en présence d'un parapsoriasis en gouttes. Le grattage méthodique ne donne pas de pellicule décollable, ni de rosée sanglante.

LES PARAKERATOSES PSORIASIFORMES qui si elles ressemblent beaucoup au psoriasis, s'en différencient par leur tendance à la vésiculation et surtout par l'épreuve du grattage à la curette de BROCCQ qui ne donne pas une rosée sanglante mais un piqueté purpurique.

LE PITYRIASIS SIMPLEX caractérisé par des squames très fines se détachant en lamelles furfuracées.

LE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE dont la distribution topographique est identique à celle du psoriasis. Pour le différencier de ce dernier, on recherchera les cones péripilaires caractéristiques, mais le diagnostic est parfois difficile à préciser.

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

I. — TRAITEMENT LOCAL.

Le traitement local demande dans son application quelque prudence, car une thérapeutique intempestive risque de provoquer une réaction cutanée violente. Il faut d'abord tater la susceptibilité de l'épiderme du malade qu'il va s'agir avant tout de décaper.

1. — DECAPAGE.

Les moyens de décapage sont variés. On recommandera d'abord les bains chauds avec savonnage, soit au savon noir, soit au savon à l'huile de cade.

Puis on pratiquera des onctions ou massage des plaques avec la vaseline salicylée qui fait tomber les squames et prépare l'action des topiques réducteurs.

Ce décapage durera plus ou moins longtemps, selon l'importance de la parakératose. En moyenne les squames doivent être tombées en 4 à 6 jours.

2. — APPLICATION DES REDUCTEURS.

Une fois le psoriasis ainsi détergé, on applique un réducteur.

Ce pourra être l'huile de cade, soit sous forme de bains cadiques (BALZER), soit par massage, le soir après bain chaud avec la préparation suivante :

Huile de cade vraie ————— 50 gr.
Infusion de panama qs pour émulsionner
Glycérolé d'amidon ————— 50 gr.
Essence de girofles quelques gouttes pour
parfumer.

Mais l'huile de cade est salissante et d'odeur désagréable.

La chrysarobine est plus efficace que l'huile de cade, mais aussi plus irritante (elle peut entraîner un érythème violacé « chrysophanique ») son emploi devra être pros crit pour le visage et le cuir chevelu. On l'applique sous forme soit de pommade, soit de vernis.

Dans le service de Dermatologie de notre Maître Monsieur le Professeur RIMBAUD nous employons la pommade de Sezary :

Chrysarobine —————	2 gr.
Acide pyrogallique —————	5 gr.
Goudron de bois —————	} aa 10 gr.
Ichtyol —————	
Acide Salicylique —————	} aa 1 gr.
Savon noir —————	
Lanoline —————	} aa 25 gr.
Vaseline —————	

On pourra conserver nuit et jour cette pommade sous un même vêtement sacrifié, que l'on ne changera pas pendant la durée du traitement, qui est de 3 semaines en moyenne. En cas d'irritation au pourtour des plaques on arrêtera la chrysarobine et l'on appliquera une pâte ichtyolée à 5 pour cent, car la chrysarobine est fort irritante. Elle tache et brûle le linge, teint les cheveux en violet et au niveau des yeux, provoque une conjonctivite. On peut la remplacer par un réducteur moins irritant tel que le « Procuta Brisson » qui est une chrysarobine soufrée.

On a également utilisé les badigeonnages à l'éosine (GOU-GEROT).

En certaines localisations, le psoriasis réclame un traitement différent.

Au visage le décapage se fait par savonnage bi-quotidien au savon noir ou par onction à la vaseline salicylée à 5 pour cent, ensuite on applique une pommade au calomel à 1 pour 30.

Au cuir chevelu ,décapage à la vaseline salicylée, puis savonnage au savon cadique et application de pommade au calomel.

Dans certains cas de psoriasis localisés, rebelles, on aura recours aux emplâtres sulfo cadiques ou aux traumatiques. Ainsi on peut appliquer une couche de la solution :

Chrysarobine	5 gr.
Ether	45 gr.

que l'on recouvre avec :

Gutta percha	10 gr.
Chloroforme	90 gr.

Le vernis ainsi formé est enlevé après quelques jours avec du chloroforme.

Dans les psoriasis enflammés, avant tout traitement réducteur actif, on devra avoir recours à l'emploi de pates calmantes : pate à l'eau, axonge etc....

3. — TRAITEMENTS PHYSIQUES.

Les traitements physiques sont surtout indiqués dans les formes rebelles.

ULTRA VIOLETS.

Ayant constaté l'amélioration des lésions sous l'action du soleil, BIZARD et MARCERON préconisèrent en 1927, le traitement du psoriasis par les rayons ultra-violets à hautes doses allant jusqu'à 30 minutes à 15 cm d'un brûleur de 3500 bougies ; 2 applications suffirent pour obtenir le blanchiment d'un psoriasis en 4 mois. Enfin, plus récemment (en 1953) J. ALT et E. NONCLERQ ont affirmé que pour obtenir des résultats vraiment intéressants il convenait d'associer, ultra-violets et photosensibilisateurs. La technique employée est la suivante : 25 séances d'ultra-violets à l'aide de 4 lampes chacune étant placée à 1,50 m. du malade (une séance par jour - durée d'exposition allant de 3 à 20 minutes) ; les photosensibilisateurs sont utilisés ar voie externe et consis-

tent en une solution d'éosine à 3 % à laquelle on adjoint 4 % d'acide salicylique, on peut y ajouter 10 % de chrysarobine, qui est également un photo-sensibilisateur. Sur 20 cas soumis à cette thérapeutique, les auteurs rapportent 19 blanchiments complets.

RADIOTHERAPIE.

Sous l'impulsion de WALTER BROCK (de KIEL) on a tenté l'irradiation des « glandes vasculaires », telles que le corps thyroïde, les glandes surrénales, le thymus ou bien l'irradiation combinée de ces glandes. Cette méthode aurait donné à BROCK 66 % de résultats favorables. En France LEVY FRANCKEL et JUSTER obtinrent d'excellents résultats dans la moitié des cas.

L'irradiation de la colonne vertébrale et de la région sacrée n'a donné de résultats qu'à ses promoteurs ZIMMERN et COTTENOT.

La radiothérapie locale pour placard de psoriasis a été aussi tentée avec quelques succès.

RAYONS DE BUCKY.

Ils sont capables de donner d'excellents résultats surtout, selon KAALUNG-JORGENSEN, si l'on emploie des rayons limite sous 9 à 10 kilowatts. On utilisera soit la dose de 300 r en une application, soit des doses fractionnées dans la même journée : par exemple 6 fois 100 r ou 3 fois 200 r. Ces doses doivent être augmentées pour les psoriasis infiltrés.

RADON.

L'essai de traitement du psoriasis par le radon fut préconisé par DELBOS. L'auteur utilisa le radon à l'état d'émanation. La voie d'introduction pouvant être gastro-intestinale, pulmonaire, intra-veineuse et enfin sous-cutanée ; le gaz vecteur étant l'air ou l'oxygène. Posologie 4 à 5 injections de 5.000 millicuries de radon véhiculé dans 100 cm³ d'oxygène à raison de 2 injections par semaine. Selon DELBOS le radon agirait par ses propriétés excitatrices,

ULTRA SONS.

Enfin, plus récemment (1954) des dermatologistes espagnols : A. ZAUNER, V. DUART et R. BASSAGANYAS rapportent quelques bons résultats grâce à l'emploi des ultra-sons dans le psoriasis.

TRAITEMENT INTERNE.

Ce traitement interne sera avant tout basé sur un examen clinique approfondi et sur les notions étiopathogéniques, que l'on aura pu établir. On a tout essayé avec les résultats les plus inconstants et bien souvent le traitement local vient achever ce que le traitement interne n'a pu amorcer.

2. — LES TRAITEMENTS CLASSIQUES.

CHIMIOThERAPIE.

Arsenic. — Il a été et est encore en faveur. Pour beaucoup de Dermatologistes l'arsenic serait vraiment héroïque contre le psoriasis. Selon BROcq si l'arsenic est nuisible dans certains psoriasis suraigus et surtout dans les psoriasis très enflammés, il est utile dans les formes torpides, dans les périodes de décroissance des poussées, et enfin dans les phases d'accalmie pour éloigner une poussée nouvelle.

Donné soit sous forme de Liqueur de PEARSON (de X à L gouttes par jour), soit sous forme de Liqueur de FOWLER (de II à XV gouttes par jour) soit sous forme de granulé de DIOSCORIDE.

BROcq préfère l'arséniate de soude qu'il prescrivait en solution de la manière suivante :

Arséniate de soude	0,10 gr.
Eau distillée de Laurier cerise	50 gr.
Eau distillée	200 gr.

chaque cuillerée à café contient environ 2mg. d'arséniate de soude, on commence par une cuillerée à café avant le déjeuner ; au bout de deux jours on prendra une cuillerée à café avant le déjeuner et une cuillerée à café avant le diner, on augmente ensuite tous les cinq jours d'une cuillerée à café jusqu'à quatre cuillerées à café par jour, deux avant le déjeuner, deux avant le diner.

Soit les eaux de la Bourboule administrées par quart de verre ou par demi verre au début des repas.

Soit les injections sous-cutanées d'arsenic ou d'arsylène (BENECH) ou mieux d'arseniate de soude que l'on a employé dans les cas rebelles.

Le mode d'administration de l'arsenic, a changé avec l'apparition des arsenicaux organiques.

Le cacodylate de soude a été souvent employé en ingestion, en injections sous-cutanées et surtout en injections intra-veineuses à fortes doses (0,25 cg. par jour). Le Professeur P. RIMBAUD considère ce médicament comme un des plus actifs.

On a également associé l'arsenic et le bismuth ; le « Psothanol » est un composé de ce type, il s'emploie surtout par voie intra-veineuse au rythme de 3 injections par semaine, jusqu'à concurrence de 25 à 30 injections. Surveillance de la bouche et des urines pendant le traitement.

On a aussi associé l'arsenic au mercure : salicyl-arsinate de mercure (ENESOL) utilisé en injection de 2 à 5 cm³ tous les deux jours jusqu'à concurrence de 12 à 15 injections.

Plus récemment THIERS souligne l'intérêt de l'association de la vitamine A synthétique et de petites doses d'arsenic dans certains psoriasis.

Pratiquement sans danger sérieux, ces diverses médications sont susceptibles souvent, non de guérir, mais de blanchir les psoriasiques.

Bismuth. Il pourra être conseillé en l'absence de toute atteinte rénale. Parmi les partisans du bismuth, citons l'opinion de THOREL qui le considère comme « le plus fidèle médicament contre le psoriasis ».

On prescrira des séries de 12 à 15 injections intra-musculaires, bi-hebdomadaires de sels de bismuth en suspension huileuse, par exemple le Muthanol. Surveillance attentive de l'état de la denture pendant le traitement.

DEBUCQUET, JAUSION et PECKER ont proposé d'utiliser une cure bismutho-arsenopyridinique.

Mercure. Les mercuriaux ont été également utilisés sous forme, soit de calomel en injection intra-musculaire (5 cg. tous

les huit jours - série de 8 à 15 injections), soit d'huile grise, soit de biiodure de mercure, soit enfin de salicylarsinate de mercure (ENESOL).

Sels d'or. Leur emploi dans le psoriasis a été tenté dès 1925, avec des résultats variables, la littérature médicale à ce sujet montre des rapports contradictoires.

ALBERIC, MARIN et BOULAIS ont employé le thio-sulfate double d'or et de sodium (contenant environ 37 pour 100 d'or) en injection intra-veineuses à des doses ne dépassant pas 0,20 gr. par semaine, série de 10 injections en moyenne. Sur 16 cas rapportés, un seul blanchiment. D'accord avec notre Maître, nous ne saurions les conseiller qu'avec extrême prudence, car ils peuvent déterminer des érythrodermies plus fâcheuses que le psoriasis.

Salicylate de soude. Préconisé par les auteurs américains, en injection intra-veineuse de 3 à 4 g par jour, n'a donné que des résultats transitoires et fort diversement appréciés.

Iodure de potassium. Employé à des doses massives par des auteurs Allemands : 5 puis 7 - 10 - 12 g d'iode et on augmente ainsi graduellement les doses jusqu'à 20 - 30 et même 50 g de sel par jour. Ils font boire avec chaque prise de médicament un grand verre d'eau ou de lait, pour prévenir l'irritation stomacale. Ils ont obtenu de nombreux succès, les tentatives faites en France n'ont pas été suivies de résultats satisfaisants.

Antimoine. Employé sous forme de Stibamine en injections intra-veineuses trois fois par semaine pour une cure de 15 injections n'a pas donné des résultats appréciables.

Manganèse. L'idée d'utiliser le manganèse dans le traitement du psoriasis n'est pas nouvelle et BROCC signalait déjà ce métal parmi les innombrables agents susceptibles d'améliorer provisoirement le psoriasis. F. COSTE a obtenu quelques blanchiments avec une solution de chlorure de manganèse à 2 pour cent injecté dans la veine tous les 2 à 3 jours. M. le Professeur MARGAROT et notre Maître M. le Professeur P. RIMBAUD ont exposé à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier lors de la séance du 29 novembre 1935, les résultats qu'ils avaient obtenus par l'emploi de sel de Manganèse intra-veineux spécialisé sous le nom de « Psorimangane ».

Ce médicament était introduit soit par voie intra-veineuse, soit par voie intra-musculaire à des doses débutant à un demi centimètre cube et augmentant progressivement jusqu'à 2 à 3 cm³, à raison d'une injection hebdomadaire pour les deux premières semaines et d'injections bi-hebdomadaires ensuite jusqu'à la fin de la cure qui comporte 20 à 25 injections. Les essais pratiqués par ces auteurs ont permis de confirmer tant à la fois l'innocuité de cette thérapeutique et son efficacité réelle dans un nombre de cas. Cependant si le Psorimangane apparaît comme un excellent médicament, il ne saurait être considéré comme un spécifique du psoriasis.

Par contre il semble manifester une action élective véritablement surprenante dans les formes arthropathiques de la dermatose, ce qui est d'autant plus intéressant, devant l'échec fréquent des diverses médications en particulier l'iode et le soufre.

TRAITEMENTS DESENSIBILISANTS.

Ils sont nombreux et variés et s'adressent surtout aux formes irritées ou extensives. Tous les modes d'antigénothérapie ont été appliqués au Psoriasis.

En 1916 PERRY utilisait des injections de sérum de cheval, BORY, en 1918 traitait le psoriasis par le soufre dissous à raison de 4 à 5 injections d'huile soufrée à huit jours d'intervalle pendant trois semaines ; l'auteur soulignait l'action décongestive de ce traitement.

TZANCK et CORD utilisent les injections de lait au rythme de 3 injections par semaine aux doses croissantes de 1,5 cm³ - 2 - 2,5 - 3 cm³ pour une série de 12 injections en moyenne. Sur 5 malades soumis à ce traitement : 2 blanchiments complets et 3 améliorations nettes. Malgré de grands espoirs cette thérapeutique s'est avérée par la suite décevante. SCULLY utilise des injections de sérum anti-typhoïdique, DELATTRE en 1936 communiquait un cas de guérison du psoriasis par le vaccin anti-staphylococcique. On a aussi utilisé le Dmelcos.

RAVAUT a proposé l'autohémothérapie (une injection de 10 cm³ par jour pendant 5 jours) mais les résultats obtenus furent inconstants.

Plus récemment MARIAN de MIENICKE de WILNO a préconisé les injections dans le derme de la fosse sus épineuse de sérum sanguin du malade (0,5 cm³) ces injections sont répétées, tous les jours ou tous les deux jours, pour une série de 60 à 80 injections. Cette méthode essayée par GATE, a donné parfois des résultats très beaux, mais plus souvent des échecs. Les essais de modification du terrain « per os » tentés par RAVAUT, soit avec le calomel, soit avec le novarsenobenzol, et qui s'inspirait d'une conception humorale et étiologique du psoriasis, où l'état colloïdoclasique et l'imprégnation syphilitique auraient leur part respective, tout intéressants qu'ils soient, n'ont pas apporté le traitement radical du psoriasis. Il en est de même des « Clasoxines » de JAUSION (extraits de cultures de levures, traités par les acides forts) qui comptent quelques succès, mais hélas aussi beaucoup d'échecs. Nous en dirons autant des extraits glycerinés de squames psoriasiques ultra filtrées ou non, utilisées en injections intra-dermiques par DESAUX et PRELET, par GATE et DELBOS.

Dans le même ordre d'idée, on a cherché à modifier le terrain par certains médicaments chimiques auxquels on attribue une influence désensibilisante : injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude, ou de chlorure de calcium, ou enfin de bromure de calcium suivies d'injections intra-musculaires d'extrait de rate. Il semble bien que beaucoup de résultats ainsi enregistrés soient le fait du choc ou de la fièvre. En résumé, les traitements désensibilisants ne sont pas à médaigner, car ils sont susceptibles de donner parfois des améliorations appréciables.

L'OPOTHERAPIE.

Basées sur des constatations cliniques et étiologiques, l'opothérapie a été et est encore à l'honneur parmi certains dermatologistes.

Constatant la disparition du psoriasis chez une malade lors d'une grossesse et sa réapparition au moment du retour des couches, MM. L. SPILLMAN, J. PARISOT et P. SIMONIN, songèrent à la possibilité d'un rapport entre les modifications des sécrétions ovariennes et l'affection cutanée. Ils eurent l'idée d'utiliser au moment du retour des couches (c'est-à-dire lors de la réapparition du psoriasis), à titre thérapeutique ou si possible préventif, le sérum même de la malade, prélevé

pendant la période d'immunité (les deux derniers mois de la gestation); 8 injections de sérum furent faites sous-cutanées, puis intra-veineuses à la dose de 5 cm³. Les résultats furent très satisfaisants en effet, ils notèrent une régression en quelques semaines de l'éruption. La malade revue en consultation un an après ne présentait plus de psoriasis. Devant un tel résultat beaucoup d'espoir était permis mais le même sérum employé sur une autre malade ne donna aucun résultat. Les auteurs rapportèrent alors leur succès à une autohémothérapie fortuite. Folliculine et Luteine furent utilisées à leur tour, mais ne donnèrent que des résultats transitoires et inconstants.

Constatant parfois la coexistence avec un psoriasis, soit d'un hypothyroïdisme, soit d'un hyperthyroïdisme. Les dermatologistes italiens ont préconisé l'emploi suivant les cas, soit d'extraits thyroïdiens, soit de sérum éthyroïdé.

L'opothérapie parathyroïdienne, et l'opothérapie antéhypophysaire donnèrent des résultats très diversement appréciés.

La médication thymique préconisée par SPILLMAN et BROCK soit de comprimés de poudre de thymus à 0,50 g à raison d'un comprimé avant chaque repas pour une cure de 12 jours, soit d'injections d'extrait perthymique, ne fut pas suivie du succès que l'on escomptait.

L'insuline fut également pronée dans le traitement du psoriasis à raison de 45 unités par jour (en ayant soin toujours d'accompagner chaque injection par une prise de sucre) pendant une durée de vingt jours à deux mois.

Ce traitement donna à LORTAT-JACOB, 2 améliorations nettes sur 5 cas et à P. RAVAUT, 6 améliorations sur 10 cas. Mais ces améliorations furent héla spassagères.

Enfin plus récemment, J. CHARPY, partant de la théorie pathogénique exposée plus haut, a proposé l'emploi d'extraits totaux de cortico-surrénale en association avec la vitamine B2. L'auteur utilise la technique suivante: le malade est soumis à un régime strictement sans graisse, tous les quatre jours une injection intra-musculaire de 10 mg de cortine synthétique en solution huileuse pour une série de 4 à 10 injections. A partir du 18^{me} jour, il associe 2 à 10 mg par jour de lactoflavine per os, ou injection intra-veineuse. Et enfin

à titre accessoire on peut ajouter de la vitamine B1, de la vitamine PP ou des substances à action vagotonisante ou sympathicolitiques (génésérine, tartrate d'ergotamine, extraits totaux de pancréas ou vagotonine). Les doses de cortine doivent correspondre selon CHARPY à 800 ou 100 g de glande fraîche pour obtenir un blanchiment en 15 à 20 jours. Ces résultats seraient complets mais passagers et n'auraient pour but que de stopper une poussée. La méthode de CHARPY expérimentée par d'autres dermatologistes n'a donné que des résultats inconstants.

LA CRENOTHERAPIE.

La crénothérapie trouve de belles applications dans le traitement du psoriasis.

On enverra le psoriasique :

— soit aux eaux arsenicales de la Bourboule dans les formes torpides,

— soit aux eaux sulfureuses dont les stations les plus indiquées sont : parmi les eaux sulfurées sodiques : Luchon, Cauterets, Molitg. Parmi les eaux sulfurées calciques : Aix-les-Bains particulièrement indiqué dans les manifestations articulaires du psoriasis.

Parmi les eaux chlorosulfurées : Uriage.

— soit aux eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau.

Dans ces stations les bains seront à la fois décapants et réducteurs ; on y adressera de préférence les psoriasis pas trop irrités.

— soit enfin aux eaux silicatées telle que la station de la Roche Posay, pour les psoriasis irritables.

Ces différentes stations thermales seront susceptibles de blanchir parfois très vite et très complètement, dans un temps plus ou moins long, tout au moins, les malades que démoralise une dermatose inesthétique et d'une si décevante tenacité.

LA DIETETIQUE.

Le régime alimentaire peut également jouer un rôle important, mais il ne peut être question dans le psoriasis, de risquer un affaiblissement du malade par des restrictions trop

sévères. Mais il n'est pas indifférent d'éviter les écarts alimentaires trop importants et trop répétés ; en principe on interdira les aliments excitants ou indigestes tels que les poissons de mer, la charcuterie, le gibier, les abats, les fromages fermentés, les épices, les vins trop riches en tanin, les alcools. Les aliments de base seront : les légumes, les fruits, les viandes roties ou grillées. Ce régime est encore trop exigeant à notre avis. Pour combattre une poussée évolutive, certains ont conseillé la diète hydrique, la cure de Guelpa avec ou sans laxatifs salins.

Dans certains cas on aura intérêt à s'inspirer des recherches poursuivies par de nombreux auteurs Allemands et Français, et qui ont montré la fréquence de l'hypercholestérolémie dans le psoriasis ; les régimes hypograsseux peuvent ici être indiqués. Par exemple le régime de GRUTZ qui comprend par jour : 20 g. de graisse chez l'adulte et 10 g. chez l'enfant. Ce régime donnerait d'assez bons résultats à condition d'être suivi pendant plusieurs mois. A l'appui de cette théorie nous citerons la régression du psoriasis durant la restriction forcée des graisses dans le Languedoc méditerranéen de 1940 à 1942 ; régression observée et interprétée par M. le Professeur MARGAROT et par notre Maître M. le Professeur P. RIMBAUD.

Récemment CHARPY a conseillé le régime sans graisse en lui adjoignant un traitement associant cortine et vitamine B2.

SCHAMBERG ayant observé que l'azotémie dans cette maladie est souvent à la limite supérieure de la normale, conseille un régime hypoazoté.

2. — LES TRAITEMENTS MODERNES.

LA VITAMINOTHERAPIE.

La vitaminothérapie a depuis fort longtemps mérité son droit de cité en thérapeutique. Depuis ces dernières années elle occupe une place de choix dans l'arsenal thérapeutique dont dispose le dermatologiste. Toutes les vitamines ont été expérimentées avec plus ou moins de succès dans le psoriasis.

Vitamine A. — Selon CHARPY, la vitamine A verrait étendre ses indications au psoriasis. Cet auteur emploie de fortes doses de vitamine A naturelle 100.000 à 300.000 unités par jour pendant 20 à 30 jours, soit per os sous forme de solution alcoolique d'acétate de vitamine A, soit en in-

jection intra-musculaire sous forme d'hydrosols de vitamine A naturelle. Les vitamines synthétiques sont à proscrire car elles sont inefficaces. Selon CHARPY, la vitamine A agirait par ses dérivés d'oxydation qui produiraient une excitation hypophyso surrénale salubre. L'auteur associe à la vitamine A, la prise de thyroxine, de vitamine B2 (5 à 15 mg par semaine) de vitamine C et de vitamine E. Les résultats obtenus sont excellents dans un tiers des cas. En 1952, THIERS soulignait l'intérêt de l'association de la vitamine A synthétique et de petites doses d'arsenic dans les psoriasis chroniques sans poussées évolutives. (50.000 unités de vitamine A de synthèse et 1 à 2 gouttes d'une solution d'arrhénal à 4 pour cent pendant des périodes d'au moins 6 mois) l'auteur n'a cependant obtenu que des régressions partielles.

De même à l'étranger K. I. BRATZLAVSKAIA a enregistré une sensible amélioration dans tous les cas de psoriasis traités par 200.000 unités par jour de vitamine A per os pendant une durée de 3 mois.

Vitamine B2. — Un essai thérapeutique fut effectué en 1952 par MAYNARD avec la riboflavine dans le psoriasis. La vitamine B2 a été administrée par injection intra-musculaire de 5 à 10 mg au rythme d'une injection 2 fois par semaine, et par voie orale à la même dose tous les autres jours. Sur 148 malades traités l'auteur a obtenu 25 pour cent de guérison, 50 pour cent de grosse amélioration et sur 6 cas seulement ce traitement aurait été inefficace. Des résultats de E. SIDI sont nettement moins favorables.

Ce traitement est à rapprocher de celui de CHARPY qui, en 1945 utilisait avec succès la vitamine B2 en association avec la cortine de synthèse.

Vitamine C. — La vitamine C est utilisée comme thérapeutique d'association dans le traitement de CHARPY, à la dose de 500 mg par jour.

Vitamine D. — Cl. HURIEZ et J. LEBORGNE ont été amenés à préconiser la cure vitamino-calcique dans le traitement du psoriasis, devant le déséquilibre phospho-calcique qui a caractérisé les régimes restrictifs de la dernière guerre. La vitamine D seule, donnerait les mêmes résultats à condition, d'être administrée à des doses considérables comparables à celles du traitement de CHARPY dans le lupus tuberculeux.

La vitamine D a été administrée par voie buccale sous forme d'ampoule spécialisée contenant 15 mg de vitamine dans un excipient alcoolique, au rythme d'une ampoule le matin à jeun tous les trois jours, pour un total de 12 à 15 ampoules. Sur 40 cas de psoriasis traités de cette façon, les auteurs ont obtenu 10 améliorations considérables (il est à noter cependant que le blanchiment complet n'a pu être obtenu qu'à l'aide d'un topique local), 18 améliorations sensibles et enfin 12 échecs.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux obtenus en 1947 par E.T. CEDER et L. ZON avec la vitamine D à forte dose : 11 guérisons sur 15 cas.

Vitamine E. — A été utilisée en association avec la cortine, la vitamine B2 et la vitamine C par CHARPY.

LA THERAPIE TISSULAIRE.

Le principe de la thérapeutique tissulaire est dû à FILATOV dont les travaux sur les greffes cornéennes remontent à 1933 ; constatant que le greffon n'était pas « un hublot transparent dans une cornée opaque » mais un facteur de régénération. Il remarqua en outre que la conservation, le refroidissement augmentaient l'activité du greffon, il en conclut que tout tissu qui souffre secrète des biostimulines « expression de la lutte cellulaire pour la vie » dont les applications thérapeutiques pourraient être fort intéressantes. Les auteurs Français surtout, expérimentèrent le placenta humain, ceci en raison de sa facilité d'obtention.

Mais la découverte des tréphones par CARREL, incita les auteurs à s'adresser à un tissu jeune, or le placenta humain est un tissu senescent, qui est d'autre part difficile à prélever aseptiquement.

De là est née l'idée d'utiliser le placenta bovin. La placentation chez les bovidés présente des caractères particuliers, permettant le désengrenement aisé du placenta fœtal. Les auteurs en fait, ont utilisé des extraits fœto placentaires de placenta et de fœtus de trois mois, unissant ainsi les biostimulines et les tréphones.

Cette nouvelle arme thérapeutique fut expérimentée avec un certain enthousiasme par médecins et chirurgiens.

Connaissant l'amélioration du psoriasis pendant la grossesse, l'idée d'utiliser les extraits placentaires séduisit les dermatologistes.

GATE, VACHON, BOURGEOIS et COTTE en février 1950, publièrent les premiers résultats obtenus dans le psoriasis. Ce traitement était réalisé, soit par des inclusions, soit par des injections sous-cutanées. Sur 16 inclusions ils obtinrent 4 blanchiments, 5 améliorations et 7 échecs ; sur 50 cas traités par des injections d'extraits placentaires : 7 blanchiments complets, 14 améliorations et 22 échecs complets. Selon ces auteurs ce serait surtout le cuir chevelu le plus influencé.

En Mars 1950 LAUGIER expose dans la Presse Médicale un essai de traitement du psoriasis par les greffes de placenta : sur 4 cas traités, 3 échecs et 1 succès.

En 1952 GAILLOURDET expose une technique personnelle dans sa thèse. Pour le traitement d'attaque : extraits injectables au rythme d'une ampoule de 3 cm³ par semaine à une ampoule par jour, pour un total de 20 à 35 ampoules. Les extraits buvables seront réservés au traitement d'entretien. Sur 13 cas traités, l'auteur a obtenu 3 guérisons, 3 améliorations passagères et 7 échecs. Les auteurs allemands KLUDAS et KNO-BLAUCK obtiennent par les injections d'extraits placentaires des résultats moins encourageants et déclarent que là n'est pas la thérapeutique de choix du psoriasis.

Il découle de tout ceci, le caractère inconstant de ce traitement qui garde pour lui d'être parfaitement inoffensif.

A.C.T.H. et CORTISONE.

De nombreux auteurs, en particulier CHARPY ont soulevé l'hypothèse d'un trouble cortico surrénalien à la base du psoriasis, connaissant d'autre part les blanchiments obtenus par CHARPY avec de fortes doses d'extrait total de cortico surrénale, les dermatologistes fondèrent beaucoup d'espoir sur l'A.C.T.H. et la CORTISONE. CHARPY obtint quelques succès, mais qui s'avérèrent hélas transitoires.

DEGOS, GARNIER et LORTAT JACOB, obtinrent de mauvais résultats dans les arthropathies d'un psoriasis. F. COSTE a insisté sur le peu d'action de la cortisone et de l'A.C.T.H. qui, s'ils effacent l'éruption lors d'une première cure, ne se montrent ensuite inefficaces sur le psoriasis.

J. CHARPY lui même considère en 1951 le psoriasis comme une indication secondaire quant à la cortisone et à l'A.C.T.H.

Devant la fréquence des échecs et la difficulté de conduire le traitement, certains auteurs ont tenté de renforcer l'action de la cortisone ou de la poursuivre par des substances « Cortisonlike ». P. de GRACIANSKY, Ch. GRUPPER, S. BOULLE et Mme BOULLE, ont conseillé de stopper cortisone ou A.C.T.H., dès que l'effet clinique ne paraît plus évident ; ils ont prescrit alors du sous-salicylate de bismuth associé aux vitamines C et E. Mais les résultats n'ont pas été aussi brillants qu'on s'y attendait. Dans les cas les plus favorables, le blanchiment du psoriasis et la disparition de l'arthrite n'ont duré que pendant le traitement et la rechute est survenue dès l'arrêt de ce dernier. Cette thérapeutique a été suivie dans une grande proportion de cas, d'échecs complets et, ce qui est plus grave, elle a provoqué certains accidents. M. le Professeur MARGAROT et notre Maître M. le Professeur P. RIMBAUD ont rapporté à la Société Française de Dermatologie en février 1952, une transformation en psoriasis universalis, pustuleux et l'apparition de pyarthroses ankylosantes, après une cure de cortisone (100 mg par jour pendant 10 jours).

Le psoriasis ne semble donc pas être une bonne indication de ces hormones et son évolution habituellement bénigne ne justifie pas les risques éventuels d'un tel traitement.

LE CAFESTEROL.

Devant les résultats, sinon décevants mais du moins transitoires, obtenus grâce à la cortisone, VACHON et COTTE en 1951 proposèrent une substance stérolique isolée de la graine de café : le « Cafestérol ». Ce corps est un stéroïde apparenté par sa formule développée à la cortisone. Sur 4 psoriasis ces auteurs ont obtenu 1 blanchiment presque total, 1 amélioration et 2 échecs.

GANDOLA de Pavie qui avait déjà expérimenté ce corps, soulignait son intérêt contre les manifestations articulaires du psoriasis.

L'ACIDE UNDECYLINIC.

C'est en constatant l'abondante desquamation du cuir chevelu que provoque l'ingestion de l'acide undecylinic dans le traitement de la teigne de l'enfant, que PERLMAN en 1949 a été amené à essayer ce traitement dans le psoriasis. L'acide undecylinic a été donné à la dose moyenne de 7, 5 g par jour, répartis en 3 prises de 5 dragées de 0,50 g chacune, soit avant, soit après les repas, on augmente progressivement les doses pour atteindre 10 à 15 g par jour, toujours réparti en 3 prises d'égale importance. Ce traitement a pu être poursuivi pendant des semaines et des mois sans accidents réels, si ce n'est des troubles digestifs consistant en des nausées, des vomissements ou des diarrhées et plus fréquemment des éructations pénibles pour le malade. Afin d'éviter ces inconvénients, l'auteur conseille la prise d'un peu d'eau bicarbonatée après l'absorption du médicament. Les résultats obtenus par PERLMAN furent assez intéressants. Cependant ce traitement n'a donné à BASSET que 3 guérisons complètes sur 18 cas.

LES ANTIPALUDEENS DE SYNTHESE.

On utilisa d'abord la Quinacrine avec quelques résultats, puis la Nivaquine qui s'avéra peu active.

LES TRANSFUSIONS DE SANG.

M. FRANCHI et P. CASASSA ont entrepris en 1949 de traiter par des transfusions de sang 11 malades atteints de psoriasis, chez lesquels toutes les thérapeutiques avaient échoué. A raison d'une transfusion de 200 cm³ par semaine. Ils ont noté une amélioration dans tous les cas.

Plus récemment (1952) WATRIN et MICHON, conseillaient de faire précéder les transfusions d'exsanguino préalables pour le moins équivalentes,

LA CEREVISINE.

Elle fut utilisée en Yougoslavie par ZARKA FOGARAS, c'est un extrait lipidique du *saccharomyces cerevisé* employé en injections de 1 à 2 cm³, au rythme de 3 injections par semaine pour un total de 15 à 60 injections.

Les auteurs Yougoslaves, sur 36 malades soumis à cette thérapeutique ont obtenu 40 pour cent de guérison, 36 pour cent d'amélioration et 18 pour cent d'échec. En France, BOLGERT sur 10 malades traités selon cette thérapeutique, n'a obtenu que des échecs.

LA HYALURONIDASE.

A été expérimentée par TRAMIER, PEYRON et MURISASCO, à la dose de 2 ampoules de 250 U.R.V. administrée par injection intra-veineuse à raison d'une injection quotidienne pendant une période de 15 jours. Sur 8 cas ces auteurs ont obtenu 2 blanchiments passagers et 6 échecs.

L'HORMONE LIPOCAIC.

Cette hormone employée seule à la dose de 6 à 10 comprimés de 0,10 g par jour ou associée à la méthionine cysteine a donné d'excellents résultats aux dermatologistes Lyonnais. Sur 11 malades dont 5 furent traités par l'hormone lipocaic et méthionine et 6 par l'hormone lipocaic seule, ils ont obtenu 10 améliorations indiscutables, mais pas de blanchiment complet et 1 échec.

Nous avons nous-même avec notre Maître M. le Professeur RIMBAUD observé des résultats très intéressants grâce à l'emploi de cette hormone.

LA METHODE DU DOCTEUR CASABIANCA.

J. CASABIANCA a proposé en avril 1953 une « technique personnelle de traitement du psoriasis, faite de l'administration per os de cystine levogyre et de liqueur de FOWLER, associée à des applications externes d'un vernis constitué par un mélange de goudron de houille et d'huile de cade. Nous reproduisons ici le schéma thérapeutique proposé par l'auteur.

Traitement général.

- 1) Cystine levogyre 0,50 g, 1 cachet aux 3 repas
- 2) Liqueur de Fowler : 3 gouttes dans un demi verre d'eau
15 minutes avant les repas, 10 jours sur 15.

Traitement local du cuir chevelu et des parties découvertes.

Huile de cade	_____	} aa 1 gr.
Oxyde jaune de mercure	_____	
Résorcine	_____	
Acide salicylique	_____	
Vaseline	_____	40 gr.

en massage le soir sur les lésions, le lendemain savonnage à l'eau chaude.

Traitement local des parties couvertes.

Badigeonner les lésions avec le vernis.

Huile de cade	_____	20 gr.
Goudroline	_____	180 gr.

quelques minutes après, poudrer après dissécation avec de la poudre de talc.

LA PSYCHOTHERAPIE.

A la suite de l'exposé du Docteur CASABIANCA à la Société Française de Dermatologie (séance du 30 avril 1953) BOLGERT rétorqua : n'est-ce pas la psychothérapie ? Cet auteur ayant pu, lui-même blanchir quelques psoriasis dans son service par de simples applications de pate à l'eau, associées à des injections intra-veineuses ou intra-musculaires de sérum physiologique, présenté sous un nom d'emprunt, en assurant au malade de façon répétée qu'il s'agissait d'une thérapeutique particulièrement efficace. Après leurs travaux sur la théorie psycho-somatique du psoriasis, BOLGERT, POISSON et SOULIE ont insisté sur l'intérêt d'une thérapeutique neuro-psychiatrique dans le psoriasis. Ce traitement a permis quelques résultats encourageants après ISOLEMENT des sujets et PSYCHOTHERAPIE, ou ELECTROCHOCS, en association à la prescription d'ATROPINE per os.

Enfin les essais de CURE DE SOMMEIL dans 7 cas de psoriasis furent réalisés en Novembre 1954 dans la clinique Dermatologique du Professeur GATE à Lyon, par R. VACHON. Cure dans une chambre isolée à l'abri de la lumière et du bruit, amytal sodique 0,80 g à 1,20 g potentialisé par un peu de largactil, 3 à 4 comprimés (employé seul par TRAMIER, PEYRON et MURIASCO, il a donné des résultats assez bons, mais vite suivis, de récédive) le sommeil devant être prolongé pendant 3 semaines au moins. Sur les 7 cas, 1 seul échec et 6 améliorations.

Nous avons passé en revue les principales thérapeutiques proposées dans le traitement du psoriasis, leur multiplicité risque de dérouter le praticien. Mais lorsque ce dernier essaie de déterminer ce qu'il est advenu des médications en vogue, au cours des mois et des années précédentes, il s'aperçoit que, souvent, les désillusions ont suivi de près les espoirs les plus légitimes.

Doit-on pour cela se cantonner dans un scepticisme prudent et préférer s'en tenir aux médications éprouvées ?

Ce n'est pas notre avis, puisque nous avons avec notre Maître expérimenté une nouvelle arme thérapeutique dans le psoriasis : La vitamine B 12

CHAPITRE III

DE L'EMPLOI DE LA VITAMINE B 12 A MILLE GAMMAS DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

I. — LA VITAMINE B 12 : GENERALITES.

En avril 1948, deux groupes de chercheurs, SMITH et PARKER en Grande Bretagne, RYCKES, BRINK, KONIUSKY, WOOD et FOLKERS aux Etats-Unis ont annoncé à peu près simultanément, qu'ils avaient isolé dans les extraits de foie, un corps cristallisé, de coloration rouge, hautement actif, à doses extrêmement faibles contre l'anémie pernicieuse.

Les tests d'activité qui ont guidé ces auteurs ont été différents.

En Angleterre, SMITH et PARKER ont utilisé des tests thérapeutiques et quand ils eurent caractérisé la fraction active dans la fraction colorée en rouge, ils purifièrent leur produit en isolant le composé : il leur fallut 4 tonnes de Foie pour extraire 1 gramme de produit impur.

En Amérique RYCKES et ses collaborateurs ont utilisé d'abord des tests cliniques, puis ayant établi le parallélisme existant entre l'activité anti-pernicieuse et l'activation de la croissance du lactobacillus LACTIS DORNER par un nouveau facteur qu'ils avaient isolé du foie (qu'ils avaient appelé « L.L.D. factor ») ils ont testé l'activité de ce produit par des tests de croissance du lactobacillus lactis exprimant leurs résultats en unités de « L.L.D. factor ».

Ils sont ainsi arrivés à purifier un extrait de foie, jusqu'à l'obtention en petite quantité d'un complexe cristallin rouge très actif dans la croissance du *Lactobacillus Lactis* et titrant 11 millions d'unités L.L.D./mg

D'emblée la coloration rouge a frappé les deux séries d'expérimentateurs. Cette coloration est due à la présence de cobalt dans la molécule, ce produit contient en outre de l'azote et 3 atomes de phosphore pour 1 de cobalt. Son poids moléculaire paraît se situer aux environs de 1600. Ce principe actif fut appelé *viamine B 12* par RYCKES.

La vitamine B 12 préparée à l'origine à partir d'extraits de foie, avec un très faible rendement (25mg pour une tonne d'organe), a été retrouvée dans le streptomyces griseus qui sert à la fabrication de la streptomycine, ce qui rend possible sa préparation comme sous produit de cet antibiotique.

La vitamine B 12 possède 3 propriétés physiologiques essentielles.

I. — PROPRIETES ANTIANEMIQUES.

La vitamine B 12 est une vitamine hématopoïétique.

II. — PROPRIETES ANABOLIQUES.

Par son intervention dans le processus de transméthylation, la vitamine B 12 joue un rôle important comme facteur de réfection des protides tissulaires. Elle participe en outre au métabolisme des graisses par son action lipotrope.

III. — PROPRIETES NEUROTROPHIQUES.

L'efficacité de la vitamine B 12 dans le syndrome neuro anémique de la Maladie de BIERMER fut une des premières révélations de son expérimentation. Son usage à fortes doses a démontré son intérêt dans de nombreuses affections neurologiques.

Si elle demeure la médication strictement spécifique de la Maladie de BIERMER, la vitamine B 12 ne voit pas moins ses indications s'étendre de jour en jour.

Elle est employée couramment :

— en Hématologie :

dans les anémies Biermeriennes et parabiermeriennes ;

— en Neurologie :

dans la névralgie faciale, les polynévrites alcooliques, les scléroses combinées de la moelle, la sclérose en plaques, etc...

— en Rhumatologie :

dans les algies d'origine radiculaire, dans les douleurs du rhumatisme dégénératif.

— en Pédiatrie :

dans les états hypotrophiques du nourrisson.

La vitamine B 12 se donne habituellement par voie parentérale ; par voie buccale, elle est de 30 à 60 fois moins efficace.

II. — LA VITAMINE B 12 EN DERMATOLOGIE.

La vitamine B 12 a été expérimentée dans des dermatoses principalement d'origine séborrhéique en Allemagne par F. BLUT.

Aux Etats-Unis ANDREW en 1949 a utilisé la vitamine B 12 comme thérapeutique d'appoint dans le traitement du psoriasis et des dermatoses séborrhéiques. Elle a donné quelques résultats dans l'eczéma séborrhéique.

Durant la cure de Vitamine B 12 le malade était soumis à un régime de crudités avec suppression des graisses et de la viande de porc, la vitamine B 12 était donnée per os, par capsule de 25 γ et par injections intra musculaires, à raison d'une injection de 30 γ par semaine. Les résultats obtenus furent assez encourageants, mais longs à établir. Les auteurs reconnurent que les 20 γ /semaine étaient vraiment insuffisants.

III. — LA VITAMINE B12 A 1.000 γ DANS LE PSORIASIS.

Dès le printemps 1953 ou la vitamine B12 à 1.000 γ fut préconisée en Neurologie, R. RUEDEMANN aux Etats-Unis expérimenta la vitamine B12 à 1.000 γ dans le traitement du psoriasis. A raison tout d'abord d'une injection par semaine, puis à raison d'une injection quotidienne pour une période de 10 jours. Les résultats obtenus furent au delà de toute attente.

Ce traitement fut appliqué à 63 malades depuis Mars 1953, seuls 34 ont pu être suivis, les 29 autres malades ayant regagné leur domicile et confiés aux soins de leur médecin traitant. Sur ces 34 malades atteints de psoriasis datant de 7 mois à 38 ans les résultats furent les suivants :

- 11 malades blanchis complètement,
- 10 malades améliorés de 75 à 80 %,
- 6 malades améliorés lentement pour lesquels on continue la thérapeutique,
- 2 échecs chez des femmes obèses,
- 5 malades améliorées légèrement (traitement arrêté trop tôt).

Dans les cas rebelles l'auteur continua les doses quotidiennes de 1.000 γ de vitamine B12 pendant 15 à 25 jours au plus et il ne nota des résultats qu'après la 20^e injection.

Ce traitement n'a pu calmer le prurit malgré 2 ou 3 cures répétées.

Ils ne notèrent aucune réaction locale ou générale durant le traitement.

Devant les résultats obtenus aux Etats-Unis par la Vitamine B12 à 1.000 γ , notre Maître le Professeur RIMBAUD décida l'essai de cette nouvelle thérapeutique à la clinique de Dermatologie de la Faculté de Médecine de Montpellier, en la réservant aux cas de psoriasis particulièrement intenses ou rebelles à la médication classique.

OBSERVATION I

C.... Henri, 46 ans ,atteint de psoriasis depuis l'âge de 26 ans, hospitalisé une première fois en mai 1947 pour une éruption d'éléments lenticulaires disséminés sur les mains, les poignets, les avant-bras, les cuisses, les jambes, le dos et les lombes. A noter la présence de placards squameux sur la face postérieure des coudes et la face antérieure des genoux. Le malade sort du service 2 mois après, partiellement blanchi par des applications de Pommade Sezary.

Le malade est à nouveau hospitalisé le 13 avril 1955 pour une nouvelle poussée que le malade attribue à la manipulation du « gaz-oil ».

Il s'agit alors d'une poussée disséminée sur les membres supérieurs et inférieurs, caractérisée par de petits éléments très congestifs avec eczématisation de la paume des mains. Le malade ne signale ni prurit, ni arthralgies. On décide l'emploi de la vitamine B 12 à 1.000 γ à raison d'une injection intramusculaire quotidienne pour une série de 10 injections. Durant le traitement auquel était associé des applications de pommade Sezary nous constatons une nette amélioration des lésions qui ont pali, et d'autre part la disparition des lésions eczématisées de la paume des mains.

Devant l'absence de nouvelles poussées et l'amélioration remarquable des lésions le malade sort du service en Mai 1955 absolument ravi.

OBSERVATION II

P.... Ferdinand, 52 ans atteint de psoriasis depuis 1941, hospitalisé une première fois en 1950 pour une récive traitée par la pommade Sezary. En 1952 nouvelle hospitalisation pour une récive ; après un traitement local par la pommade Sezary le malade sort du service un an après.

Enfin le 3 novembre 1954, le malade est à nouveau hospitalisé pour une reprise des lésions ayant commencé dès sa sortie du service. Il s'agit d'un psoriasis universalis atteignant même la face et le cuir chevelu. Ce psoriasis présente en outre les caractères suivants : il est irritable, suintant, eczéma-

tisé et surinfecté. Devant l'intolérance à la pommade Sezary on utilise l'oxyde jaune ichtyolé et la pénicilline (1 million) par voie générale pour lutter contre la surinfection. Hormone lipocaïc (Lipormone). Les lésions s'améliorent lentement. On décide l'emploi de la vitamine B 12 à 1.000 γ à raison d'une injection quotidienne pour un total de 15 injections. Pendant et après le traitement de la vitamine B 12 à 1.000 γ on enregistre une amélioration des lésions avec diminution de l'érythème. Il nous faut en outre signaler que depuis l'institution du traitement par la vitamine B 12, le malade supporte parfaitement les topiques réducteurs. Le malade sort du service très amélioré en fin décembre 1954.

OBSERVATION III

K..... Monique, 30 ans, atteinte de psoriasis il y a 7 ans, après la première grossesse (aurait eu des contrariétés à ce moment là) caractérisé par des lésions du cuir chevelu et par une recrudescence pré-menstruelle nette. Le traitement suivi (liqueur d'Hoffmann, extraits placentaires, cortisone) n'aurait donné que peu de résultats. Le 2 mai 1955 la malade est hospitalisée pour une nouvelle poussée caractérisée par de vastes placards siégeant sur les membres supérieurs, le cuir chevelu et l'abdomen. Le traitement par la Vitamine B 12 à 1.000 γ est alors institué; axonge pour le traitement local. Après une série de 15 injections de vitamine B 12 on note une désinfiltration des placards qui ont perdu leur aspect congestif, qui s'émiettent et qui se désagrègent. Sort fin Mai 1955.

OBSERVATION IV

G..... Louis, 53 ans, atteint de psoriasis depuis 14 ans environ, ayant débuté par des éléments numulaires sur les membres inférieurs et atteignant tous les téguments et le cuir chevelu traité par autohémothérapie. Le malade est hospitalisé le 3 Mai 1955 pour une nouvelle poussée atteignant la région inguinale et fessière, quelques éléments sur le cuir chevelu, légèrement prurigineux et saignant au grattage. Un traitement par la vitamine B 12 à 1.000 γ est institué dès l'entrée, associé à la Pommade Sezary. Dès le 7^m jour de cette thérapeutique, on note une nette amélioration des lésions de la région inguinale qui ont pali.

Dès la fin de la cure qui a duré 15 jours, le malade constate avec un réel plaisir la grande amélioration et sort du service le 19 Mai 1955.

OBSERVATION V

M..... Joseph, 38 ans est hospitalisé dans le service de dermatologie le 20 janvier 1955 pour un psoriasis guttata siégeant sur le thorax et sur les membres, par ailleurs intertrigo. Un traitement par la vitamine B 12 est entrepris dès l'entrée. Une série de 14 injections n'apporte qu'une amélioration légère des lésions. Ce malade présentant en outre une sérologie positive notre Maître ordonne une série de pénicilline après la vitamine B 12. Il sort du service le 10 Mars 1955.

OBSERVATION VI

L..... Raymond, 20 ans est hospitalisé une première fois en août 1954 pour un psoriasis du cuir chevelu qui s'est révélé lors de l'entrée du malade dans l'armée (6 mois). Le blanchiment des lésions est obtenu par des applications de pommade de Brocq et de pommade de Sezary.

Le 25 Janvier 1955, nouvelle hospitalisation dans le service pour récurrence du psoriasis du cuir chevelu avec extension aux membres supérieurs (bras), membres inférieurs (jambe) et au front il s'agit de plusieurs centaines d'éléments de psoriasis guttata.

Le traitement par la vitamine B 12 est entrepris dès le 26 janvier, avec pommade de Sezary sur les membres et pommade au goudron sur le cuir chevelu. Devant les résultats rapides on décide de supprimer le traitement local, mais les lésions repartant on emploie à nouveau les réducteurs. Après une série de 15 injections on note une amélioration sensible des lésions. Le malade sort du service le 23 février 1955.

OBSERVATION VII

A..... Guy, 20 ans, atteint d'un psoriasis depuis l'âge de 15 ans, il s'agissait alors d'un psoriasis guttata siégeant sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs et une plaque sacrée qui fut traité par extraits placentaires (placen-

taphil) vitamine A (Amunine) et vitamine C (Laroscorbine) sans grands résultats. Le malade présente de nouvelles poussées en Mai 1953 et en Juin 1954, prédominant aux coudes et aux genoux. Le 19 janvier 1955 le malade est hospitalisé pour une reprise des lésions de psoriasis sur les membres inférieurs et supérieurs (plaque de 10 cm de diamètre sur la face postérieure des coudes).

Le traitement par la vitamine B 12 à 1.000 γ sans réducteurs est alors entrepris. Après une série de 15 injections, les résultats sont décevants et on décide d'appliquer la pommade de Sezary auquel on associe l'hormone Lipocaic (Lipormone) par voie générale. Après avoir obtenu un blanchiment très rapide des lésions le malade sort du service le 4 Mars 1955.

OBSERVATION VIII

P..... Aimée, 17 ans atteinte depuis 1 an d'un psoriasis du cuir chevelu traité par la pommade au goudron qui en septembre 54 selon la malade aurait présenté une extension progressive des lésions au visage, au dos, aux membres supérieurs et aux cuisses. La malade signale en outre une aménorrhée depuis 7 mois (ayant coïncidé avec l'apparition des lésions cutanées).

La malade est hospitalisée le 10 décembre 1954.

Sur les conseils de Monsieur le Professeur ROUX (Clinique gynécologique) un traitement hormonal de l'aménorrhée est entrepris.

Une série de 15 injections de vitamine B 12 à 1.000 γ associé à un traitement local par les réducteurs est institué.

Cette thérapeutique est suivie d'un échec complet que nous attribuons à l'état séborrhéique des téguments. La malade sort du service le 9 janvier 1955.

OBSERVATION IX

B..... Adrien, 52 ans, atteint d'un psoriasis depuis 5 ans, caractérisé par des plaques disséminées sur les jambes, les cuisses, l'abdomen, les membres supérieurs ; traité par des applications de pommade de Sezary lors d'un premier séjour dans le service en 1950. En juin 1953, le malade est à nou-

veau hospitalisé pour une récurrence, il s'agit alors d'un psoriasis invétéré squamo-croûteux avec arthropathies ; les lésions articulaires ont un maximum sur les régions où se développent les lésions psoriasiques (coudes, genoux, mains). On note des déformations articulaires digitales et digito carpiennes. Le malade est traité par la pommade de Sezary et une série de 20 injections intra-veineuses de Cacodylate de Soude.

En juillet 1954, le malade revient dans le service pour psoriasis récidivant avec arthropathies, les lésions psoriasiques sont constituées par de larges placards intéressant la presque totalité du corps avec prédominance sur les mains, où on note l'existence de fissures et d'ongles psoriasiques. Le malade sort du service amélioré par un traitement associant axonge et pommade Sezary localement et cacodylate de soude par voie générale.

Le 19 Novembre 1954 le malade est à nouveau hospitalisé pour récurrence des lésions d'aspect identique à celles de la dernière hospitalisation. On institue un traitement par la vitamine B 12 à 1.000 γ (série de 15 injections) associé à des applications de pommade de Sezary après décapage.

On note une amélioration rapide des lésions en cours de traitement, l'infiltration et la congestion des plaques s'atténuent rapidement.

En 2 semaines les lésions sont devenues très pâles, souples, sans parakératose, et on note la disparition des fissures et de l'impotence des mains.

Le malade sort du service le 20 décembre 1954.

OBSERVATION X

P.... Ismaël 50 ans, atteint d'un psoriasis depuis l'âge de 20 ans, ce psoriasis d'abord localisé aux coudes et aux genoux et au cuir chevelu s'est généralisé peu à peu en 1946 avec apparition d'irritabilité aux diverses médications, d'un prurit important et de lombalgies nécessitant le port d'un corset.

En 1952 aggravation d'une part des douleurs lombaires et d'autre part du psoriasis qui s'étend, devient très érythémateux, très prurigineux et très desquamant, motivant l'hospitalisation dans le service de M. le Professeur BOULET où

est porté le diagnostic de Psoriasis avec arthrose lombaire. Après un traitement par Vitamine B1, gluconate de calcium et 6 séances de radiothérapie le malade entre dans le service de Dermatologie le 19 février 1952. Il présente une érythrodermie psoriasique très prurigineuse, il se plaint en outre de lombalgies qui avec la raideur du rachis dorso-lombaire font penser à une spondylarthrite ankylosante. Deux nouvelles poussées nécessitent l'hospitalisation en Mai 1952 et en Octobre 1952.

En 1953 le malade revient dans le service pour une reprise de son psoriasis, 2 séjours sont nécessaires pour traiter un psoriasis très rouge, crouteux et très prurigineux. Le malade quitte le service le 3 septembre 1953 avec persistance de quelques plaques sur les coudes. En 1954, le psoriasis récidive 3 fois malgré le traitement (Pommade de Sezary, cacodylate de soude, lipormone).

Enfin, le 3 décembre 1954, nouvelle poussée apparue une vingtaine de jours après le départ du service. C'est un psoriasis très rouge et crouteux du dos (sacro-lombaire) des membres inférieurs (face interne des cuisses) des membres supérieurs (surtout aux coudes) et du thorax. Vastes placards squamo crouteux, prurit intense. Le malade accuse des lombalgies importantes. On décide l'emploi de la vitamine B12 à 1.000 γ , après une série de 15 injections on note une amélioration de ses lombalgies. Le malade sort du service le 10 mars 1955.

Il est revu le 30 Mai 1955 pour une nouvelle poussée.

OBSERVATION XI

L..... Marie, 68 ans, atteinte d'un psoriasis arthropathique depuis 23 ans (1932).

En 1938, la malade est hospitalisée pour une première poussée localisée aux coudes, genoux, face postérieure des cuisses et cuir chevelu, avec rhumatisme psoriasique atteignant les mains, les genoux et les chevilles. Les mains sont déformées avec doigts en baïonnette. La malade ne peut ni manger ni se peigner, ni faire sa toilette. Après un traitement par le Cacodylate, la malade déclare « se trouver très bien », les articulations de ses doigts sont plus souples et quitte le service en décembre 1938.

En 1940, nouvelle hospitalisation pour récurrence des lésions (sur les membres et le thorax) et douleurs articulaires ayant coïncidé avec l'apparition des lésions cutanées. La malade est traitée par le Psorimangane, le salicylate de soude puis la Naïodine, passe aux Incurables, le traitement sera poursuivi dans ce service.

En 1946, nouveau séjour dans le service de Dermatologie, pour une récurrence ayant débuté en mai 1946 par une poussée articulaire très douloureuse qui s'est estompée en juillet 1946 pour faire suite à une poussée des lésions cutanées généralisée. Traitée par pommade à l'eau de chaux — Psothanol (10 injections) Extraits spéniques (20 injections) séances d'ultra-violet. Passe ensuite en chirurgie pour ablation du gros orteil gauche.

En juin 1954 la malade se présente à nous avec un psoriasis érythrodermique avec arthropathies. On institue un traitement par la vitamine B12 à 1.000 γ et le 17 février 1955 après une série de 15 injections de vitamine B12, l'atteinte érythrodermique s'estompe, toutes les squames ont disparu, l'ensemble des téguments n'est plus que rose clair avec persistance du prurit.

Le 17 mars 1955 reprise des lésions de psoriasis sur la face externe des cuisses ainsi que sur les fesses. Une nouvelle série de 15 injections de vitamine B12 à 1.000 γ donne à nouveau une amélioration importante des lésions. Et la malade sort du service le 4 avril 1955 à peu près blanchie.

OBSERVATION XI

G.... Jean, 43 ans atteint de syphilis depuis l'âge de 22 ans traité régulièrement pendant 4 ans. Psoriasis datant de 7 ans, très prurigineux et érythrodermique traité par Emgé et Acétylarsan.

En décembre 1949, le malade est hospitalisé pour aggravation de son psoriasis : érythrodermie exfoliante, peu suintante, kératodermie plantaire en voie de desquamation et ongles psoriasiques. Traité par pommade Sezary - Vitamine A - thymus.

Nouvelle poussée en février 1950, très érythémateux et prurigineux traité par la pommade Sezary - vitamine C. Sort du service en Mai 1950.

En novembre 1952, reprise de l'érythrodermie psoriasique traitée par axonge et vaseline salicylée. Le 4 décembre 1954 le malade revient dans le service de Dermatologie après avoir été hospitalisé à Nice où avait été entrepris sans grands résultats un traitement à la Cortisone. A l'entrée on est en présence d'un psoriasis généralisé.

Un traitement par la vitamine B 12 est entrepris, une série de 15 injections ne donne aucun résultat. On institue alors un traitement par l'hormone lipocaïc (lipormone) pendant 1 mois qui est suivi d'un échec total. Un traitement par la cortisone échoue partiellement. Et le 2 mars 1955 on se trouve en présence d'une véritable érythrodermie psoriasique résistante aux traitements et facilement irritable. On poursuit le traitement par la Cortisone et l'Axonge.

OBSERVATION XIII

V.... Marguerite, 46 ans, atteinte de psoriasis depuis 22 ans (après la fin de l'allaitement de son premier enfant). Traitements nombreux variés. A signaler la disparition du psoriasis pendant 2 grossesses (1936-37) et la recrudescence prémenstruelle. En mars 1955 nouvelle poussée très importante traitée par des extraits placentaires (Placentaphil).

La malade est hospitalisée le 5 mai 1955 pour psoriasis disséminé sur l'ensemble du corps sous forme de vastes plaques.

Le 27 mai 1955 après 15 injections de vitamine B 12 à 1.000 γ on assiste à une amélioration des lésions qui ont pali et se sont désinfiltrées. Actuellement arrêt de la thérapeutique.

Bref sur 13 cas sérieux de psoriasis, traités par la vitamine B 12 nous avons obtenu :

- 5 améliorations considérables,
- 3 améliorations moyennes, dont une passagère,
- 1 amélioration légère,
- 4 échecs.

Nous n'avons jamais pu obtenir de blanchiment complet. Par contre 2 psoriasis arthropathiques sur 3 ont vu leurs algies disparaître sous l'effet du traitement par la vitamine B 12 à 1.000 γ

Nos observations nous ont ainsi permis de différencier 2 variétés de formes cliniques, qui réagissent différemment à la vitaminothérapie:

1°) Les formes susséborrheiques, à squames grasses, peu infiltrées, à placards disséminés et de petite dimension, ces formes n'ont pas réagi favorablement à la vitaminothérapie. Elles furent traitées alors par l'hormone lipocaïc, avec semblait-il des résultats plus probants.

2°) Les formes congestives, infiltrées, diffuses, à placards étendus réalisant presque l'aspect érythrodermique, formes souvent irritables.

C'est ce type de psoriasis qui est surtout justiciable de la vitamine B 12.

La décongestion des éléments est assez rapide et demeure le phénomène objectif le plus net. De plus la diminution de l'infiltration, est nette et enfin la thérapeutique par les réducteurs peut être tolérée, alors que les lésions étaient au départ relativement irritables.

CONCLUSION

Les résultats que nous avons obtenu par l'emploi de la Vitamine B 12 à 1.000 γ , bien qu'étant moins favorables que ceux obtenus par R. RUEDEMANN aux Etats-Unis n'en demeurent pas moins fort intéressants.

Notre étude nous permet d'analyser l'action de la vitamine B 12 à 1.000 γ sur le psoriasis ; action qui se résume simplement en deux propositions :

1^o) La vitamine B 12 à 1.000 γ a une action favorable et semble-t-il élective sur les psoriasis congestifs et infiltrés. De plus, elle permet aux psoriasiques de supporter les réductions antérieurement mal tolérés.

2^o) Par contre les formes susséborrheiques, à squames grasses sont relativement rebelles à cette médication.

Ce nouveau traitement bien qu'il lui manque l'épreuve du temps et qu'il ne porte que sur un petit nombre de cas, mérite d'être pris en considération car, lorsque l'on connaît le découragement des médecins et des malades en matière de psoriasis, on est trop heureux de pouvoir entrevoir un espoir de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERIC, MARIN et BOULAIS. — Psoriasis et sels d'or. (Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 11 Mai 1933, p. 768.

ALT (J) et NONCLERCQ (E). — Traitement du psoriasis par les U.V. et les photosensibilisateurs. (Bull. Soc. de Derm. et Syph. 5 juillet 1953, p.343.

BALZER (M.). — Traitement du psoriasis par les bains médicamenteux. (Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 7 Février 1926 p. 75.

BASSET (A). — Traitement du psoriasis et des Nevrodermites par l'acide « undecylinic » administré « per os ». Paris Médical 23 Avril 1949 p. 55.

BENECH. — Arsenic et psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph, 17 janvier 1927 p .50.

BIZARD (A) et MARCERON. — Psoriasis traité par les rayons U.V. à hautes doses. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 13 Mars 1927 p. 410.

BLUT (F). — Expérimentation de la vitamine B 12 (cytobion) dans le traitement des dermatoses principalement d'origine seborrheique. Medizinische Klinik, Munich 13 août 1954 p. 1293, 1294.

BOLGERT (M). — A propos d'un essai de traitement du psoriasis par la cerevisine. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 8 avril 1954 p. 153.

BOLGERT (M) et CHIAPPONI (L). — Guérison d'un cas de psoriasis généralisé par injection intra-musculaire d'eau distillée. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 10 Février 1955 p. 50.

BOLGERT (M) et HABIB. — Poussée psoriasique guérie après administration d'atropine per os. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 7 Juillet 1949 p. 352.

BOLGERT (M) POISSON (R) et SOULE (M). — Le psoriasis est-il une affection psycho-somatique, étude de 33 cas de psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 9 Novembre 1950, p. 532.

- BOLGERT (M) et SOULE (M). — Etude clinique et psycho-somatique de 200 cas de psoriasis. Semaine des Hôpitaux de Paris 6 avril 1955 p. 1251.
- BOLGERT (M) SOULE (M) et Mme J. NOEL. — A propos de l'étiologie psycho-somatique du psoriasis : étude d'un cas. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 10 Février 1955. p. 49.
- BORY (L). — Quelques précisions sur le traitement du psoriasis par le soufre dissous. Presse Médicale 22 août 1918 p. 295.
- BORY (L). — Le traitement du psoriasis par le thiofène et la neige carbonique. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 12 mai 1949 p. 255.
- BRATZLAVASKAIA (K.I.). — Vestnik Vénérologii i dermatologii n° 5 Sept-Oct. 1950 p. 40, 42 in Annales de Derm. et Syph. Janvier-Février 1954 p. 116.
- BROCQ (L). — Traité de Dermatologie pratique. Paris 1907 Tome II p. 343-356.
- BUREAU (Y) JARRY et BARRIERE. — Résultats obtenus par l'A.C.T.H. et la cortisone dans quelques dermatoses. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 14 Février 1952 p. 71
- CASABIANCA (J). — Résultats spectaculaires obtenus dans le psoriasis par un traitement personnel. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 30 Avril 1953 p. 172.
- CHARPY (J). — Recherches sur l'étiologie et le mécanisme du psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 10 Novembre 1949 p. 460.
- CHARPY (J). — Les réactions organiques non spécifiques en dermatologie. Masson éditeur 1951 p. 410-411.
- CHARPY (J). — La thérapeutique du psoriasis, méthode biologique nouvelle de stimulation de la cortico-surrénale. Presse médicale 1951 n° 24 p. 487-490.
- CHARPY (J). — Mise au point d'une technique pratique du blanchiment du psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 19 avril 1945 p. 107.
- CHARPY (J). — Une nouvelle méthode biologique de blanchiment du psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 11 janvier 1951 p. 30.

- CHARPY (J). — A propos d'un nouveau traitement du psoriasis
Marseille Médical 1955 n° 2 p. 86 à 95.
- CIVATTE (A). — Précis de Dermatologie. Masson éditeur 1947
p. 151-152.
- COSTES (F). — Les réactions organiques non spécifiques en der-
matologie. Masson éditeur 1951 p. 453.
- DAGUET (G). — Où en est le traitement du psoriasis. Journal
des Praticiens 27 Mai 1948 p. 268-270.
- DAVIN (A). — 24 succès sur 27 cas de psoriasis traités par la
méthode de Casabianca. Presse Médicale 26 Mars 1955 p. 483.
- DEBUQUET, JAUSION et PECKER. — Recherches thérapeutiques
sur le psoriasis ; sa cure bismutho arsenopyridinique. Bull.
Acad. Méd. 27 Mars 1929 n° 12 p. 447-457.
- DEGOS (R) GARNIER (G) et LORTAT-JACOB (E). — Effets de
l'A.C.T.H. et de la cortisone sur quelques dermatoses. Bull. Soc.
fr. de Derm. et Syph. 14 Février 1952 p. 77.
- DEHORTER-DUEZ. — Résultats de la thérapeutique tissulaire.
Presse Médicale 22 Avril 1950 p. 447.
- DELATTRE. — Nouveau cas de guérison du psoriasis par le vaccin
anti staphylococcique. Journ. Med. Paris 1er et 8 octobre
1936 p. 176.
- DELBOS. — Essai de traitement du psoriasis par le radon. Bull.
Soc. fr. de Derm. et Syph. 15 mars 1937 p. 745.
- DESAUX (A). — Progrès et orientation de la thérapeutique derma-
tologique française au cours des dernières années. Gazette Médi-
cale de France N° spécial décembre 1951 p. 105.
- FABRE, PITOT et Mme PITOT. — Premières recherches du com-
portement diencéphalique dans le psoriasis. Bull. Soc. fr. de
Derm. et Syph. 14 Février 1952 p. 182.
- FARNARIER (G). — Un cas de psoriasis guéri actuellement par
le traitement du Docteur Casabianca. Bull. Soc. fr. de Derm.
et Syph. 24 Avril 1955 p. 116.
- FRANCHI (M) et CASASSA (P). — Traitement du psoriasis par
les transfusions de sang. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.
2 juillet 1949 p. 401.

- GAILLOURDET (C). — Contribution à l'étude de la thérapeutique tissulaire. Thèse Paris 1952 n° 872.
- GATE (J). — A propos du traitement du psoriasis. Gazette Médicale de France n° 18 1944 p. 227-229.
- GATE (J). — Psychosomatique en Dermatologie. Journ. Méd. Lyon n° 757 1951 p. 655 à 661.
- GATE, VACHON, BOURGEOIS et COTTE. — A propos de la thérapeutique tissulaire en Dermatologie. Presse Médicale 4 février 1950 n° 58 p. 93.
- GOIN. — Traitement du psoriasis. Paris Médical 6 janvier 1949, n° 30 p. 18.
- GRACIANSKY (de), GRUPPER (C), BOULLE (S) et Mme BOULLE. — Quelques médications synergiques de la cortisone en Dermatologie. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 14 février 1952 p. 100.
- HURIEZ (C) et DESMONS (F). — Les possibilités limitées et incidents du traitement du psoriasis par la nivaquine. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 11 février 1954 p. 32.
- HURIEZ (C) et LEBORGNE (J). — Psoriasis et vitamine D. Paris Médical 31 janvier 1946 p. 53-54.
- KLUDAS, KNOBLAUCH. — Extraits placentaires et psoriasis. Medizinische Klinik Munich 24 octobre 1952 n° 43 p. 1415
- LAUGIER. — Essai de traitement du psoriasis par les greffes de placenta. Presse Médicale 11 Mars 1950 n° 15 p. 256.
- LECLERCQ. — Acquisitions thérapeutiques récentes en Dermatologie. Gazette Médicale de France. Tome 59 n° 23 n° 2 de décembre p. 1463.
- LEVY-FRANCKEL et JUSTER. — Recherches sur le psoriasis et résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 12 Mai 1923 p. 382.
- LORTAT-JACOB. — Traitement du psoriasis par l'insuline. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 1926 p. 101.
- MARGAROT (J), GONDARD et DUFOIX. — L'autodermothérapie du psoriasis par l'électrocoagulation. Arch. Soc. Sciences Med. Biol. de Montpellier 6 janvier 1928. p. 107.

- MARGAROT (J) et RIMBAUD (P). — Le traitement du psoriasis par les sels de manganèse, action élective sur les arthropathies. Arch. Soc. Sciences Med. Biol. de Montpellier 29 novembre 1935 p. 17.
- MARGAROT (J) et RIMBAUD (P). — Formes actuelles du psoriasis. Montpellier Médical 1943 n° 6 p. 555.
- MARGAROT (J), RIMBAUD (P) et IZARN (P). — Particularités et accidents notés au cours ou à la suite de traitement par la Cortisone. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 14 février 1952 p. 77.
- MAYNARD. — J. Journ. of investigative Dermatology 18-1952 305 in : Instantanés Médicaux 14 juin 1952 n° 31 p. 979.
- PERRY. — Traitement du Psoriasis par le sérum de cheval. Boston Med. Surg. 24 février 1916 p. 274.
- POLONOVSKI. — Mise au point de physiologie : Facteurs anti-pernicieux. Semaine des Hôpitaux de Paris 14 janvier 1949 n° 4 p. 169.
- RAVAUT (P). — Essai d'autodermothérapie par l'électrocoagulation. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 1927 p. 323.
- RAVAUT (P) et BITH. — Psoriasis et insuline. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 1926 p. 104.
- RAVINA. — Le progrès décisif de la thérapeutique anti anémique : la vitamine B 12. Presse Médicale 22 janvier 1949 n° 6 p. 89.
- RUEDEMANN (R). — Treatment of psoriasis with large doses of vitamin B 12 1,100 microgrammes per cubic centimeter. Arch. of Derm. and Syph. Chicago juin 1954 69 n° 6 p. 738.
- SIDI (E) et HINCKY (M). — Thérapeutiques récentes en Dermatologie. Gazette Médicale de France n° 24 n° 2 de décembre 1953 p. 1361.
- SPILLMAN (L) DROUET (P) et WEILLE (R). — A propos d'un psoriasis blanchi dès l'apparition de la puberté. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 19 décembre 1936 p. 22.
- SPILLMAN (L) PARISOT (J) et SIMONIN (P). — Psoriasis et grossesse. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 12 mai 1923 p. 330.
- SUSBIELLE (M). — Le Psoriasis est-il une dermatose psycho somatique. Thèse Montpellier 1953.

- THIERS (H). — Intérêt de l'association de la vitamine A synthétique et de petites doses d'arsenic dans les états seborrheiques. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 20 juin 1952 p. 479.
- THOREL. — Le plus fidèle médicament contre le psoriasis : le bismuth métal. Bull. Médical 24 juillet 1939 p. 498.
- TOOMEY. — Le traitement du psoriasis par l'or. British J. Derm. Syph. novembre 1928 p. 445.
- TOURAINÉ (A). — Le podophyllin en Dermato-vénéréologie. Paris Médical 23 avril 1949 p. 160-162.
- TRAMIER (G), PEYRON, MURISASCO. — Tentatives thérapeutiques dans le psoriasis. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 19 décembre 1954 p. 167.
- TZANCK (A) et CORD (M). — Traitement du psoriasis par les injections de lait. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 9 février 1933 p. 265.
- VACHON (R) et COTTE (J). — Essai de traitement de quelques dermatoses par une substance stérolique apparentée à la cortisone (cafestérol). Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 7 décembre 1951 p. 170.
- VACHON (R). — Essais de cure de sommeil dans quelques dermatoses. Bull. soc. fr. de Derm. et Syph. 27 novembre 1954 p. 59.
- VAYRE (J). — Premiers résultats de traitement du psoriasis par l'hormone lipocaïc seule ou associée à la méthionine. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 29 janvier 1954 p. 232.
- VAYRE (J), COTTE (J) et MOLHO (D). — Baisse de la Prothrombine après application d'une pommade contenant un anticoagulant. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 22 février 1952 p. 296.
- WATRIN (J) MICHON (P) et LAMARCHE (M). — La Masse sanguine et les liquides interstitiels dans le psoriasis, Bilan humoral et déductions thérapeutiques. Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph. 22 février 1952 p. 296.
- ZAUNER (A) DUART (V) BASSAGANYAS (R). — Resultados clinicos obtenidos en Espana con los ultrasonidos (US) en el tratamiento de mas de quinientos casos. Medicina Clínica, Barcelona. Janvier 1954 n° 1 p. 58.
-

SÉRMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*Traitement du Psoriasis — Remarques
sur l'action de la vitamine B 12*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 26 juin 1955

Le Professeur :

P. RIMBAUD.

Vu :

Montpellier, le 20 juin 1955

Le Doyen :

G. GIRAUD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 juin 1955

Le Recteur,

R. DOUCET.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

